

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Jean BEUZART

Ancien interne de l'hospice départemental de la Seine
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE SARCOMATEUSE

DES

Fibromes de l'Ovaire

Président : M. POZZI, Professeur.

*Juges : MM. { BERGER, Professeur.
MARION, Agrégé.
MORESTIN, Agrégé.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

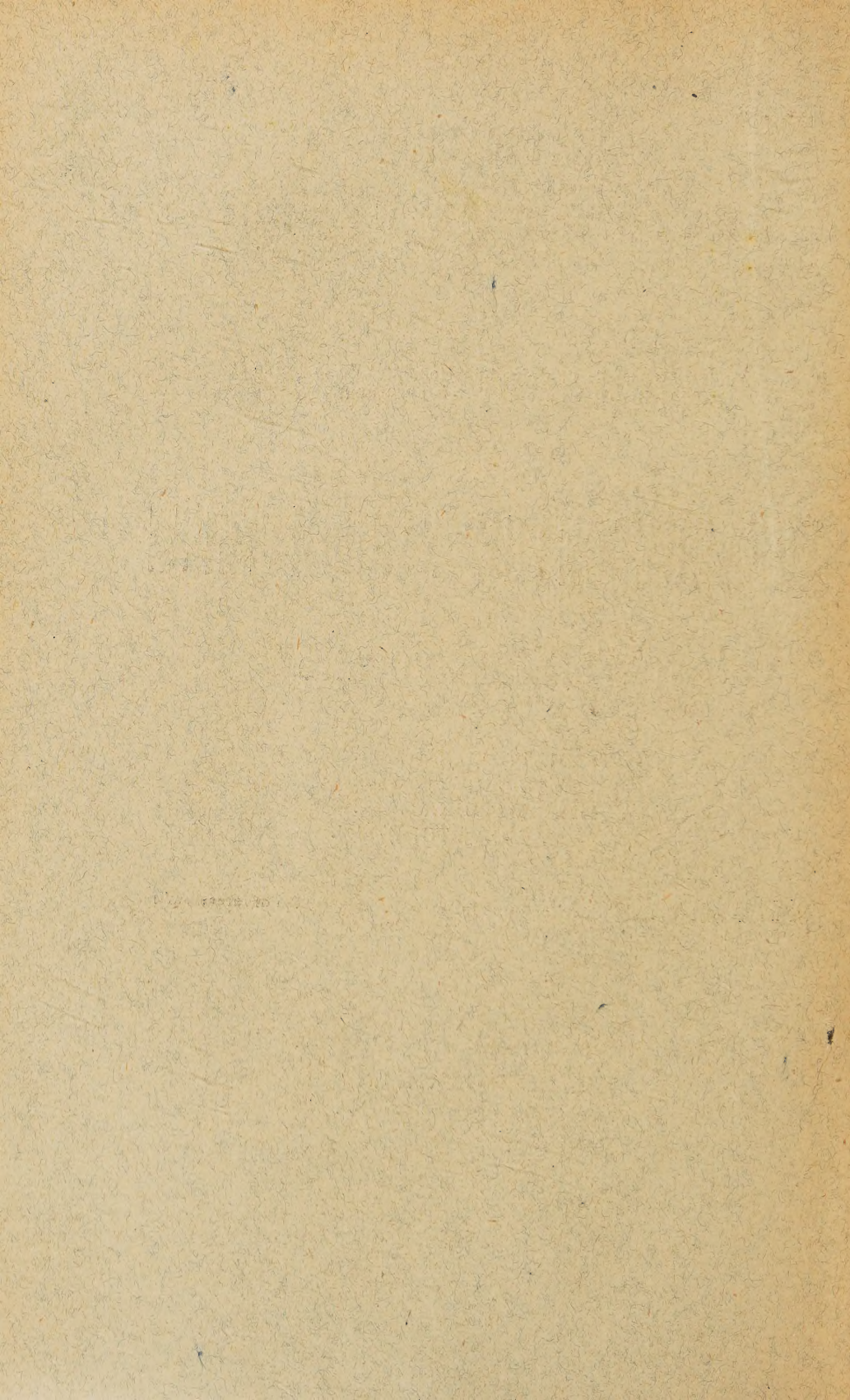
PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1907



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 18 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Jean BEUZART

Ancien interne de l'hospice départemental de la Seine
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE SARCOMATEUSE

DES

Fibromes de l'Ovaire



Président : M. POZZI, Professeur.

Juges : MM. { BERGER, Professeur.

MARION, Agrégé.

MORESTIN, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1907

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....
Professeurs.....

Anatomie.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

M. DEBOVE.
MM.

CH. RICHET
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD
 HUTINEL
 BRISSAUD
 LANNELONGUE.
 CORNIL.

.....
SEGOND.
 POUCHET
 GILBERT.
 CHANTEMESSSE
 THOINOT.
 DEJERINE.
 ROGER.

Clinique médicale.. ..

HAYEM.
 DIEUJAFROY.
 DEBOVE.
 LANDOUZY.

Maladies des Enfants.....
 Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....

GRANCHER.
 JOFFROY.
 GAUCHER
 RAYMOND.
 LE DENTU

Clinique chirurgicale

TERRIER
 BERGER.
 RECLUS.
 DE LAPERSONNE
 ALBARRAN.
 PINARD.

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile

.....
 POZZI.
 KIRMISSON.
 Albert ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM

AUVRAY.
 BALTHAZARD.
 BRANCA
 BEZANÇON.
 BRINDEAU.
 BROCA Andre
 CARNOT
 CLAUDE
 CUNEO.
 DEMELIN.

MM

DESGREZ.
 DUPRE
 DUVAL.
 FAURE
 GOSSET.
 GOUGET
 JEANSELME.
 LABBE.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.

MM

LEGRY.
 LEGUEU
 LEPAGE
 MACAIGNE.
 MAILLARD.
 MARION.
 MAUCLAIRE.
 MERY.
 MORESTIN.
 POTOCKI.

MM

PROUST.
 RENON.
 RICHAUD
 RIEFFEL (chef des
 Travaux anatomiques.
 TEISSIER.
 THIROLOIX
 VAQUEZ.
 WALLICH.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de clinique gynécologique.
Membre de l'Académie de médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JAYLE

Assistant de gynécologie à l'hôpital Broca
Ancien chef de clinique à la Faculté.
Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Au moment où nous allons à regret quitter l'hôpital, nous avons à cœur de remercier ceux qui y ont été nos maîtres et nos conseillers.

M. le docteur Barth et M. le docteur Schwartz nous ont appris les premiers éléments de la médecine et de la chirurgie.

Pendant notre externat, M. le professeur Pozzi a bien voulu nous admettre dans son beau service de l'hôpital Broca et nous faire profiter de ses talents de chirurgien et de professeur.

M. le docteur Jayle, son chef de clinique, a droit à toute notre reconnaissance pour l'enseignement clinique qu'il n'a cessé de nous prodiguer si clairement, et aujourd'hui pour les conseils qu'il nous a donnés pour notre thèse.

M. le docteur Mosny et M. le docteur Gaillard, à l'hôpital Saint-Antoine, nous ont appris à poser un diagnostic médical.

M. le docteur Lejars nous a enseigné ce que c'était que la chirurgie aseptique et nous a montré quels résultats l'on était en droit d'en attendre.

Nous conservons un souvenir ému de M. le docteur

Œttinger qui, pendant l'année que nous avons passée avec lui, nous a fait profiter de son enseignement et de son remarquable talent de clinicien.

M. le docteur Barbier nous a enseigné la médecine infantile ; M. le professeur Pinard, puis M. le docteur Boissard l'art des accouchements : nous les en remercions sincèrement.

Enfin, interne de M. le docteur Reymond à l'hospice départemental de la Seine, nous avons appris la pratique des principales opérations chirurgicales courantes. Que M. le docteur Reymond soit assuré de notre reconnaissance pour son enseignement et pour la confiance qu'il nous a témoignée.

Nous adressons nos remerciements à M. le docteur Banzet, ancien chef de clinique à la Faculté, qui a bien voulu nous enseigner la pratique des maladies des voies urinaires.

Que M. le professeur agrégé Letulle, qui a bien voulu mettre à notre service sa haute compétence d'histologiste, veuille agréer l'expression de notre reconnaissance.

Notre maître, M. le professeur Pozzi, nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions d'agréer l'assurance de notre respect et de notre reconnaissance.

INTRODUCTION

Sous le titre de *Dégénérescence sarcomateuse des fibromes de l'ovaire*, nous voulons étudier aux points de vue histologique et surtout clinique quelques cas de fibromes ayant présenté cette dégénérescence maligne.

Nous apportons, à l'appui de ces faits, une observation inédite, que M. le docteur Jayle, ancien chef de clinique de la Faculté, a bien voulu nous communiquer ainsi qu'un examen histologique, fait dans le laboratoire et sous la haute direction de M. le professeur agrégé Letulle.

Nous y ajoutons quelques observations de fibromes surpris en pleine dégénérescence sarcomateuse, et dont quelques-unes, au moins, semblent indiscutables. Mais ici se pose une grosse question : Rares sont les fibromes chez lesquels on a la chance d'assister à l'éclosion ou au réveil de la cellule sarcomateuse.

Nombreuses au contraire sont les tumeurs que dans les observations on intitule : fibro-sarcomes.

Leur histologie diffère peu ; leurs symptômes sont à peu près les mêmes.

Ne fallait-il pas dès lors se demander s'il n'existait pas

un lien de parenté entre les deux, si l'une n'était pas secondaire à l'autre.

M. P. Delbet s'exprime ainsi, en ce qui concerne les fibro-sarcomes de l'utérus : « Ces fibro-sarcomes sont si semblables aux fibro-myomes qu'on peut se demander si ce sont bien des tumeurs primitives méritant une description spéciale.

« Rokitansky, Virchow, Schröder, ont soutenu qu'ils s'agissait de transformation secondaire de fibro-myomes. Cette opinion me paraît très rationnelle.

« Et, en effet, la transformation a été nettement observée dans les cas de Chrobach, Müller, Simpson Frankenhauser, Kurz. Le cas de Müller est très démonstratif. Il avait enlevé une partie d'un fibro-myome qui donnait lieu à des phénomènes d'enclavement ; peu après une végétation nettement sarcomateuse se développait sur le moignon, et tout ce qui restait de la tumeur se transformait en sarcome... Il me paraît infiniment probable que dans la plupart, et peut-être la totalité de ces cas donnés jusqu'ici comme fibro-sarcomes, il s'agissait de transformation sarcomateuse de fibro-myomes primitifs (1).

M. Delbet, en somme, discute et semble résoudre ici la nature du fibro-sarcome. Car l'on s'était demandé si les noyaux sarcomateux du fibro-sarcome étaient primitifs, s'ils existaient dès l'origine de la tumeur, inclus dans les fibres conjonctives et étouffés par elles jusqu'au jour du réveil et de la prolifération ; en un mot, si le fibro-sarcome était dès son origine, une tumeur histologique mixte ; ou

(1) Paul Delbet. Duplay et Reclus, VIII, 185.

bien, si, au contraire, sous des influences inconnues, la fibre conjonctive pouvait subir la transformation sarcomateuse.

Nous ne citerons pas d'observations de fibro-sarcomes. Parmi celles que nous citerons et qui doivent saisir sur le vif le stade intermédiaire au fibrome et au sarcome, quelques-unes sont douteuses, mais d'autres semblent démonstratives.

Nous n'avons pas l'intention de nous attarder sur l'histologie de ces tumeurs.

Nous voulons surtout nous demander s'il existe un signe clinique permettant de soupçonner la présence de la cellule sarcomateuse dans un fibro-myome de l'ovaire ; en un mot, s'il existe des signes cliniques de la dégénérescence sarcomateuse des fibro-myomes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs que nous étudions ne diffèrent en rien par leur morphologie ou leurs caractères extérieurs du fibro-myome.

Leur volume est extrêmement variable.

Il peut aller de celui d'un œuf, d'une mandarine, à celui d'une tête d'adulte et même davantage.

Leur poids varie en proportion. Nos observations signalent des chiffres qui varient entre 1 kgr. 650, 6 kgr. 300 et même 9 kilogrammes (malade de M. Jayle).

Spiegelberg (1) a opéré une malade dont la tumeur, de nature histologique douteuse, pesait plus de 30 kilogrammes. Ces dimensions considérables, l'augmentation rapide de volume, a-t-on écrit, doivent éveiller l'attention du côté de la dégénérescence sarcomateuse.

Cela est possible ; mais la tumeur de l'observation I, suspecte de dégénérescence, ne pesait encore que 1 kgr. 650 ; quant à la tumeur de l'observation VII, qui était en pleine dégénérescence, nous ignorons son poids.

Le siège est indifférent.

(1) Spiegelberg. *Monatschrift geburstsh.*, 1886.

Ces tumeurs affectent aussi bien l'ovaire gauche que l'ovaire droit, rarement les deux ovaires, le fibro-myome, d'après M. Picqué (1), étant presque toujours unilatéral. Du reste, là encore, rien d'absolu, puisque, entre beaucoup, Bender et Heitz (2) signalent un cas de fibro-myome double des ovaires.

La forme n'est pas moins variable.

M. Picqué donne au fibro-myome une forme bosselée, inégale, irrégulière.

Le sarcome, au contraire, serait lisse.

Là encore, peut-on établir une règle ?

Il est vrai que les fibro-myomes ont souvent les caractères ci-dessus décrits, mais il ne manque pas de pareilles tumeurs lisses, arrondies, sans bosselures.

La dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome ne peut donc avoir aucune action sur sa configuration extérieure, sauf toutefois quand, ayant franchi la limite des fibrilles conjonctives, le tissu sarcomateux pousse ses prolongements au dehors (Obs. VIII).

La consistance est, en général, très dure. Ce qui domine, en effet, dans ces sortes de tumeurs, c'est le fibrome. La cellule sarcomateuse est encore emprisonnée dans les trames du tissu fibromateux et ne peut encore donner des tumeurs molles comme le sont certains sarcomes globocellulaires.

Lorsqu'elles sont de dimensions volumineuses, elles se développent souvent vers la cavité abdominale, et souvent

(1) Picqué. *Semaine gynécologique*, 1896.

(2) Bender et Heitz. Société anatomique, 1903.

y nagent dans le liquide ascitique. Elles sont alors réunies au ligament large par un pédicule plus ou moins allongé, épais ou grêle, qui contient des vaisseaux. « Ce pédicule est relié au hile de l'ovaire et laisse la trompe et son pavillon indépendants » (Dartigues) (1). Au contraire, « si la tumeur a dédoublé le ligament large et s'y est enclavée, il peut devenir difficile de distinguer un fibrome provenant de l'ovaire, d'un fibrome utérin ayant acquis les mêmes connexions (Pozzi) » (2). D'autres fois, au contraire, elles tombent dans le Douglas, s'accolant à la face postérieure de l'utérus dont il est souvent difficile de les distinguer au toucher vaginal. A l'encontre des fibromes utérins, il est rare que ces tumeurs contractent des adhérences intestinales ; et le fait n'a rien d'étonnant puisqu'elles sont souvent séparées des anses grêles par une couche de liquide. Pourtant on a observé des adhérences à l'S iliaque. Plus souvent s'établissent des adhérences avec le péritoine ou les parois abdominales, mais elles ne sont jamais très étendues. Le péritoine est alors rouge, épaissi, vascularisé, et on peut observer une véritable hémorragie au moment de l'opération.

Quant à l'ascite, nous l'étudierons en détail au chapitre symptômes. Contentons-nous de dire qu'elle est fréquente, souvent très abondante, d'aspect citrin, rarement hémorragique.

A la coupe, la tumeur a la plupart du temps l'aspect du fibrome. Son tissu est dur, brillant ; il crie sous le scalpel. généralement il est creusé de petites cavités kystiques à

(1) Dartigues. *Revue gynécologie*, 1899.

(2) Pozzi. *Traité gynécologie*.

contenu séreux, muqueux ou hémorragique. Comme l'écrit le professeur Cornil, il ne faut pas s'étonner de la présence de cavités kystiques. « L'ovaire, à toutes les périodes de la vie, contient des kystes soit microscopiques, soit visibles à l'œil nu... Il est donc tout naturel que les tumeurs solides de l'ovaire renferment des kystes et nous avons lieu de nous étonner que certaines de ces tumeurs n'en présentent aucune trace, comme cela a lieu parfois (1). » Rarement ces cavités kystiques atteignent de grandes dimensions dans les tumeurs qui nous occupent. Il n'est, du reste, pas fréquent que le sarcome lui-même soit creusé de vastes cavités kystiques qui lui donnent une consistance de mollesse particulière.

Dans la presque totalité des cas, l'aspect de la tumeur en voie de dégénérescence est celui du fibrome : à moins que la dégénérescence ne soit tellement avancée que le fibrome soit devenu sarcome (voir l'observation de M. Jayle).

Pour les autres cas, le tissu sarcomateux est encore jeune, il est encore étouffé par les fibrilles fibromateuses. Une de nos observations est très remarquable à cet égard (Obs. VII).

On assiste, en effet, à l'éclosion ou au réveil (qui le dira?) de la cellule sarcomateuse. Il n'en est pas toujours ainsi. L'observation VIII est un exemple de fibrome complètement dégénéré en sarcome sur une très grande étendue. Là, plus de cellules rondes discrètement infiltrées dans la trame conjonctive, mais, au contraire, une tumeur divisée en deux parties, l'une franchement fibromateuse, l'autre sarcomateuse et creusée de petits kystes. L'une est dure,

(1) Cornil. *Journal des connaissances médicales*, 1893, page 13.

blanche, résistante au scalpel ; l'autre est rougeâtre, molle, se laissant pénétrer et effriter par le doigt, présentant tous les caractères du sarcome en voie de transformation kystique et de ramollissement. On saisit bien la limite de transition entre les deux formes anatomiques :

A l'intérieur du tissu fibromateux, dur, dense, blanc, radié, pénètrent les prolongements plus ou moins rosés du sarcome.

Ce n'est pas toujours à ce degré de dégénérescence avancée que nous avons l'occasion d'observer ces tumeurs.

Au sein des fibrilles conjonctives sont groupées, en tas plus ou moins volumineux, les cellules rondes ou fusiformes caractéristiques du sarcome. (Le sarcome de l'ovaire, d'après Virchow, serait un sarcome à petites cellules rondes ou à petites cellules fusiformes). M. Picqué dans l'observation déjà citée plus haut, s'exprime en ces termes :

« Dans l'intervalle des paquets de fibrilles, on voit quelques éléments cellulaires arrondis ou irréguliers, oblongs, à noyaux ovoïdes. Ces cellules qui forment des groupes assez nets par endroits ont l'aspect du sarcome. Les vaisseaux ont dans ces points l'apparence de lacunes creusées dans le tissu morbide sans paroi propre. La tumeur serait donc un fibro-myome avec tendance à la transformation sarcomateuse sur certains points. » (Obs. VII.)

Certaines observations sont beaucoup moins nettes. L'on n'y trouve que des cellules embryonnaires, sans organisation spéciale. Il est-peut être prématuré de considérer ces cellules comme des cellules sarcomateuses, aussi l'avons-nous fait remarquer à propos de chaque observation.

Ces faits de transformation sarcomateuse des fibromes sont bien connus.

« Les fibromes et les sarcomes appartiennent à la même série. Tous deux sont des néoplasmes conjonctifs ; l'un, le sarcome formé de tissu conjonctif embryonnaire ; l'autre, le fibrome constitué par du tissu conjonctif adulte. Entre ces deux types extrêmes, il existe toute une série d'intermédiaires. Et même dans les fibromes les plus franchement adultes, on trouve toujours, au voisinage des vaisseaux principalement, des îlots embryonnaires qui sont les foyers d'accroissement. Si on étudiait isolément ces îlots, il serait absolument impossible de dire s'ils évolueront dans le sens fibreux ou dans le sens sarcomateux. On pourrait considérer les fibromes comme étant dans une sorte d'équilibre instable. Que la force évolutive mystérieuse qui réside en ces noyaux se modifie faiblement, l'équilibre sera rompu et le fibrome deviendra un sarcome (1). »

(1) Delbet. *Traité Le Dentu et Delbet*, I, 540.

SYMPTOMES

Etudier la symptomatologie des tumeurs fibreuses de l'ovaire en voie de dégénérescence maligne revient presque à étudier celle des fibro-myomes purs. Nous verrons, en effet, que ce n'est que tardivement que quelques signes suspects apparaissent. Encore peut-on prétendre, et c'est à cette opinion que nous nous rallierons, qu'aucun symptôme n'est vraiment caractéristique de la dégénérescence maligne.

Début. — Ce n'est pas à sa naissance que le fibrome de l'ovaire dégénère. Son début est par conséquent insidieux, indolore. L'ascite, à cette période, est un symptôme rare. Nous aurons à parler de cette observation où l'abondance de l'ascite, dès le début de la maladie, fit errer le diagnostic et fit penser à une affection hépatique (Obs. I).

L'on observe soit des métrorragies, soit de l'aménorrhée. Quant à l'état général, il demeure excellent. Peut-être observe-t-on parfois un peu d'amaigrissement, mais nombreuses sont les malades dont les forces demeurent intactes. Cette période de début est donc caractérisée par une tolérance absolue, par le silence de tous les symptômes.

Période d'état. — Cette période de tolérance a une durée plus ou moins longue dans les fibro-myomes purs. Elle peut durer dix ans (Terrihaffy. *Journal de méd. et chirurgie de Bruxelles*, 1885) et même plus. Souvent elle dure moins (cinq ans, deux ans, dans deux observations de Picqué). Dans les fibromes qui doivent dégénérer, cette période de latence n'est pas raccourcie. Alexandrow a récemment publié un cas de dégénérescence sarcomateuse d'un fibrome de l'ovaire qui a évolué dans les conditions suivantes : Il s'agit d'une femme ménopausée depuis dix ans, qui portait déjà à cette époque un fibrome qu'on avait diagnostiqué et qui, dans toute cette longue période, ne la fit pas souffrir.

La malade de Nicaise, dont la tumeur est suspecte au point de vue dégénérescence portait sa tumeur depuis 1868 et ne se fit opérer qu'en 1881. Les fibromes voués à la dégénérescence sarcomateuse ne le sont donc pas à bref délai et peuvent évoluer silencieusement pendant longtemps, tout comme ceux qui restent histologiquement bénins. Cela n'a rien d'étonnant lorsque l'on pense que le sarcome lui-même peut rester latent pendant plus de dix ans. Il y a peut-être là une question d'âge. Le néoplasme évolue moins vite chez les femmes âgées, tout comme le sarcome qui tue d'autant moins vite que la femme est moins jeune.

Nous voici donc arrivés à la période d'état. Nous allons passer en revue l'un après l'autre tous les symptômes qui caractérisent le fibrome pur à cette période, et nous nous demanderons s'ils sont modifiés du fait de la dégénérescence sarcomateuse de la tumeur.

La douleur présente des caractères variables dans le fibrome. Phénomène important du début de l'affection dans quelques rares observations, elle ne tarde pas à s'atténuer et à disparaître, ou bien elle persiste, soit seule, soit concurremment, avec d'autres symptômes. Quelquefois absente au début, elle s'installe dans la suite et peut revêtir alors une acuité particulière. Elle siège dans la fosse iliaque, du côté intéressé par la tumeur, ou dans tout l'hypogastre, avec irradiations aux lombes, aux membres inférieurs, au périnée. Elle s'exagère par l'effort, au moment des règles : elle semble déterminée par des adhérences, par l'enclavement de la tumeur dans le petit bassin. Cependant, dans une observation, la tumeur était complètement libre et nageait dans le liquide ascitique ; elle déterminait des crises de douleurs violentes, bien que son pédicule ne se fût point tordu.

Du reste, elle est inconstante.

Dans le fibro-myome en voie de dégénérescence, elle ne s'observe, ni avec plus d'intensité, ni avec plus de fréquence.

Troubles menstruels. — Ils ne revêtent pas de caractères bien nets dans les tumeurs fibreuses.

Dartigues ayant cherché à établir leur fréquence et leur type, est arrivé aux résultats suivants.

Sur 21 cas réunis, il observa :

7 cas sans troubles menstruels ;

7 cas avec troubles hémorragiques, soit à l'occasion, soit en dehors des règles ;

7 cas avec suppression menstruelle.

Etudiant ces mêmes troubles dans les tumeurs sarcomateuses, il arrive encore à cette conclusion qu'il y a des sarcomes avec menstruation normale, avec troubles hémorragiques ou avec suppression des règles.

« L'absence de modifications du côté des règles est cependant une rareté, dit-il, et ce qu'on observe le plus souvent, c'est la métrorragie ou l'aménorrhée (1). »

Les troubles menstruels n'ont pas un caractère plus net dans les fibromes en voie de dégénérescence.

Dans une de nos observations, nous trouvons un cas de métrorragie très abondante, d'une durée de trois mois, ayant précédé l'apparition de l'ascite et de la cachexie (Obs. II). Bourjoin (2) cite le cas d'un sarcome malin dont l'apparition fut précédée d'une métrorragie extrêmement abondante. On peut, peut-être, rapprocher ces deux observations. Dans d'autres cas, les règles sont supprimées ; dans d'autres cas, les règles demeurent absolument normales.

Que conclure, alors ?

Que les troubles menstruels n'ont pas une allure spéciale dans la tumeur que nous étudions, que là, comme dans les autres types de tumeurs solides de l'ovaire, l'on peut observer des métrorragies, des suppressions de règles, ou des règles normales. Peut-être pourrait-on penser, mais

(1) Dartigues. *Revue gynécol. et chirurg. abdom.*, 1899.

(2) Bourjoin. *Thèse*, Paris, 1894.

sans l'affirmer en aucune mesure, qu'une grosse métrorragie survenant au cours de l'évolution d'un fibrome de l'ovaire est suspecte et un peu inquiétante.

Du reste, comme l'a dit M. Picqué : « Quelle valeur convient-il d'attribuer à ces symptômes ? Est-on autorisé à admettre une corrélation avec le développement de la tumeur qui aurait agi comme une cause incitatrice de la fonction menstruelle, selon la théorie admise par quelques auteurs ? Pour accepter cette hypothèse, il faudrait au préalable connaître l'état de la muqueuse utérine, et savoir s'il n'existe pas d'endométrite concomitante. Tant que l'on ne possèdera pas cette donnée importante, il me semble impossible de formuler rien de précis sur ce point de la question, et, tout en admettant comme possible une relation de cause à effet, je crois que l'on est tout aussi autorisé à n'y voir qu'une coïncidence. »

L'ascite a été très discutée dans les fibro myomes.

En parlant de la symptomatologie des tumeurs fibreuses de l'ovaire, M. le professeur Pozzi écrit : « C'est souvent l'ascite qui attire tout d'abord l'attention : lorsque ce symptôme manque, la tumeur peut rester inaperçue, ou n'être découverte que par hasard (1). »

Dartigues admet l'ascite dans le fibrome, mais non comme un symptôme obligatoire ni initial, bien qu'elle y soit, dit-il, quelquefois très abondante et récidivante.

Cornil et Picqué ont une opinion toute contraire. Cornil écrit dans le *Journal des connaissances médicales* de 1893 « que l'apparition d'ascite est un caractère qui différencie

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie*.

le sarcome du fibrome dans lequel on n'observe jamais d'ascite ».

Nous avons réuni seize cas de fibro-myomes, et nous avons constaté que l'ascite y existe neuf fois, et que sept fois elle en est absente. D'autre part, elle était en si minime quantité dans la tumeur en voie de dégénérescence maligne de l'observation VII qu'elle n'avait pas pu être diagnostiquée. Elle existe dans le cas de M. Jayle, très abondante et récidivante, elle existe dans l'observation de M. Quénu (Obs. I), où l'on peut dire que la tumeur est à la limite de la dégénérescence, mais elle n'existe pas dans l'observation V, où il y a pourtant un commencement manifeste de dégénérescence sarcomateuse.

Nous devons encore conclure : *que même l'ascite ne peut être un signe précoce de la dégénérescence sarcomateuse.*

Nous disons : un signe précoce. Car, nous trouvons l'ascite à la période terminale des tumeurs dégénérées (Obs. VIII), comme du reste on la trouve presque toujours à une période avancée des fibro-myomes.

Son abondance est variable. Tantôt elle est si minime qu'elle ne permet pas le diagnostic clinique (Obs. VII), tantôt elle est considérable et nécessite des ponctions répétées, car elle se reproduit très rapidement. Dans le cas de M. Quénu, elle se reproduisit au bout de vingt-quatre heures. Dans ces conditions elle devient un sérieux obstacle à la respiration ; par la compression de la masse intestinale qui refoule le diaphragme, elle peut amener des phénomènes de dyspnée intense. L'épanchement est d'aspect citrin ; quelquefois, on l'a vu coloré par le sang (Obs. VIII).

Les œdèmes n'accompagnent généralement pas les tu-

meurs fibreuses de l'ovaire. Spiegelberg les signale cependant chez sa malade qu'il opéra d'une tumeur de 30 kilogrammes. Le professeur Dubar, dans le *Bulletin médical du Nord* de 1893, constate aussi de l'œdème des grandes lèvres chez une de ses malades.

Terrier, chez une de ses malades, constata un œdème mou, notable dans le membre inférieur droit, qui commençait aux malléoles droites et allait jusqu'à la cuisse (1).

Dans la plupart des autres observations nous n'avons pas vu signalé ce symptôme. Que se passe-t-il dans les cas qui nous intéressent ? La malade de M. Jayle présentait de l'œdème : mais elle était à la période ultime de sa maladie. Les malades des observations V, VI et VII n'en présentèrent pas ; par contre, M. Quénu la signale dans son observation.

Nous convenons sans peine que les œdèmes apparaissent à la période avancée de la dégénérescence de nos tumeurs ; mais ce n'est point encore un signe de début : *On ne peut compter sur l'œdème pour faire un diagnostic précoce de malignité.*

Du reste, il est souvent en rapport avec un trouble de compression, soit du côté de la tumeur pelvienne, soit du côté des veines abdominales comprimées par l'épanchement ascitique. Il est très rare, du reste, qu'il apparaisse en dehors de l'ascite.

Il faut noter aussi dans les mêmes circonstances la circulation collatérale qui dessine son lacis de veines bleuâtres sur l'abdomen.

(1) *Thèse Lallemand.*

L'examen physique nous fournit les renseignements suivants dans le fibrome de l'ovaire.

A l'inspection. — Le ventre est augmenté de volume et plus ou moins distendu suivant la présence ou l'absence de l'ascite. Tumeur et ascite réunies peuvent donner au ventre des dimensions énormes (1 m. 50 au niveau de l'ombilic dans un cas de Spiegelberg).

Quand il y a de l'ascite, le ventre prend un aspect caractéristique. Il est élargi, étalé, parcouru, comme nous l'avons dit, d'un réseau de veines bleuâtres, quelquefois œdémateux.

Lorsqu'il n'y a pas d'ascite, la tumeur peut déformer le ventre d'une façon irrégulière, suivant qu'elle siège dans le flanc droit ou dans le flanc gauche, ou des deux côtés à la fois. Dans ce dernier cas, le ventre présente quelquefois une dépression médiane.

La percussion n'est pas d'une très grande utilité, sauf pour déceler de minimes quantités d'ascite suivant les procédés classiques. Mais, comme nous l'avons déjà dit plus haut, cette présence de l'ascite dans les tumeurs solides de l'ovaire n'implique en rien leur dégénérescence maligne.

Lorsqu'il n'y aura pas d'ascite, on pourra avoir recours à ce mode d'examen pour délimiter grossièrement les limites de la tumeur.

Toutefois, celles-ci sont beaucoup plus facilement reconnues au moyen de la palpation.

La palpation rendra les plus grands services. Il sera quelquefois nécessaire, pour en tirer tous les enseignements désirables, de prendre quelques précautions préli-

minaires, par exemple de vider une ascite trop abondante.

Si la paroi abdominale n'est pas trop épaisse ou trop œdématisée, on se rendra alors un compte assez exact de la situation, de la forme, de la mobilité de la tumeur.

Le fibrome, d'après Picqué, est presque toujours une tumeur inégale, bosselée, tandis que le sarcome aurait des contours lisses et réguliers.

Cette remarque, pour être vraie dans la majorité des cas, souffre cependant quelques exceptions.

Quant au fibrome dégénéré, il a les mêmes caractères que le fibrome pur, sauf quand la dégénérescence est très avancée, et que le fibrome tout entier ou seulement un de ses lobes évolue à la façon d'un véritable sarcome (Obs. VIII).

La mobilité est la règle dans le fibrome, comme aussi souvent dans le sarcome de l'utérus. Les adhérences épiploïques ne suffisent pas pour fixer ces tumeurs, sauf à un degré avancé de leur évolution.

Le sarcome et le fibrome dégénéré, arrivés à un stade avancé, peuvent adhérer aux organes voisins. Mais ce symptôme est bien tardif, et il ne faudra pas compter sur l'immobilité d'une tumeur ovarienne pour faire un diagnostic précoce de malignité.

Du reste, nous savons combien souvent les sensations sont trompeuses : il suffit d'une épaisseur anormale de la paroi, d'un peu d'ascite, pour les rendre imprécises et laisser le diagnostic en suspens.

Cette palpation ne détermine qu'exceptionnellement de la douleur.

Le *toucher vaginal* donne de précieux renseignements, surtout lorsqu'on y joint le palper abdominal.

Il devra être méthodique et comporter l'examen du col, du corps de l'utérus et de tous les culs-de-sac.

Du col, nous dirons peu de chose. Sa consistance n'est pas modifiée. Quelquefois cependant, ses lèvres sont ectropionnées et présentent des signes d'endométrite cervicale. Il peut être rejeté en avant, derrière la symphyse, ou au contraire être refoulé dans le cul-de-sac postérieur (Obs. V).

Le corps utérin peut être en situation normale, prolabé, ou au contraire attiré en haut ; il peut être également dévié à droite ou à gauche, suivant la situation de la masse ovarienne. Son volume est variable. Le plus souvent il est normal ; quelquefois, il est augmenté de volume, soit qu'il soit atteint de métrite concomitante, soit qu'il contienne des fibromes dans son épaisseur.

Il conserve souvent sa mobilité et peut être alors facilement différencié de la tumeur ovarienne. Mais quelquefois utérus et tumeur ovarienne sont intimement fusionnés et forment une même masse. On observe cette disposition dans les fibromes purs (1) comme dans les fibromes en voie de dégénérescence.

L'examen des culs-de-sac ne doit pas être négligé. Quelquefois, il reste muet : La tumeur ovarienne, munie d'un long pédicule, nage dans le liquide ascitique et n'est pas

(1) Rendu et Heitz. *Bulletin Société Chirurgie*, 1903.

accessible. Le plus souvent, combiné au palper abdominal, il renseigne sur la forme, le volume, les connexions de la tumeur. C'est souvent dans le cul-de-sac de Douglas que l'on sentira une masse dure ou ramollie, bosselée ou lisse, unie à l'utérus, ou séparée de lui par un sillon. Quelquefois ce sont les culs-de-sac latéraux qui sont distendus par la tumeur ovarienne et qui viennent faire saillie dans le vagin. Le toucher vaginal a pu faire constater une fois l'existence d'un pédicule qui fut retrouvé à l'opération (Dubar. *Bulletin Médical du Nord*, 1903).

Enfin le toucher vaginal rendra compte de la consistance de la tumeur, de sa dureté ou de sa mollesse, qui n'indiquera pas forcément une transformation sarcomateuse, mais une transformation kystique.

Par le palper et le toucher combinés, on déterminera souvent assez exactement le degré de connexion de la tumeur et de l'utérus ; un doigt étant placé sur le col utérin, la main abdominale cherchera à mobiliser la tumeur ovarienne. L'absence de transmission des mouvements à l'utérus sera en faveur de son indépendance.

Les erreurs sont toutefois possibles. Il n'est pas nécessaire que la tumeur ovarienne soit adhérente à l'utérus, pour lui communiquer ses mouvements ; il suffit qu'elle ait avec lui des rapports de contiguïté.

Tels sont les signes physiques communs aux fibromyomes purs et aux fibromes en voie de dégénérescence sarcomateuse. Pas un seul de ces signes n'est particulier à la tumeur bénigne ou à la tumeur en voie de malignité. Nous pouvons, d'ores et déjà, affirmer que ni l'ascite, ni

les adhérences possibles aux organes voisins, ni les métrorragies, ni la douleur, ni les œdèmes, ni aucun signe physique, quel qu'il soit, n'est caractéristique d'une dégénérescence maligne. Tous ces symptômes, nous avons essayé de le montrer, se trouvent ou peuvent se trouver dans des fibromes restés histologiquement purs (1).

L'état général finit cependant par s'altérer au bout d'un temps plus ou moins long. Il peut rester bon pendant de longues années. La malade de l'observation III en est un exemple de même que celle de l'observation II. (Ces observations sont du reste douteuses).

Mais l'observation VII ne peut être mise en doute. Elle nous montre une femme atteinte depuis deux ans d'un fibrome de l'ovaire. Ce fibrome, au moment de l'opération était en voie de dégénérescence. Et cependant, la malade n'était pas atteinte dans son état général : elle ne souffrait pas, elle n'avait que très peu d'ascite, elle n'avait pas d'œdèmes.

Du reste, même lorsqu'arrive cette déchéance de l'état général, comment l'attribuer à une dégénérescence maligne. N'avons-nous pas montré qu'elle pouvait se rencontrer, plus ou moins tôt, dans les tumeurs histologiquement bénignes ?

Quoiqu'il en soit, et tout en répétant qu'on ne doit donner à ces signes qu'une valeur toute relative, nous dirons que l'amaigrissement est un symptôme inquiétant, surtout lorsqu'il apparaît tôt ; lorsqu'il se produit tardivement, il fait partie du cortège ascite, œdèmes etc. et s'il se rencon-

(1) Consulter à ce sujet : Codet Boisse. *Thèse* de Bordeaux, 1903.

tre toujours dans le fibrome dégénéré, il se rencontre aussi dans les tumeurs bénignes.

L'appétit est en général conservé. Les vomissements sont rares. La constipation est assez souvent signalée et semble en rapport avec la compression du rectum par la tumeur prolatée dans le Douglas (Obs. VIII).

Quand la tumeur est arrivée à un stade avancé de son évolution, les malades offrent l'aspect des grandes cachectiques : Le visage émacié, pâle, jaunâtre ; le corps amaigri, le ventre distendu par l'ascite, les jambes œdématisées, elles ressemblent étonnamment à des cancéreuses avancées.

L'examen des autres organes reste muet.

Le rein continue à fonctionner normalement.

(Les troubles urinaires que l'on voit signalés dans l'observation I sont dus sans doute, à un prolapsus utérin). Au cœur, on ne constate pas de souffle. Mais les poumons ne sont pas toujours indemnes. La malade de l'observation II associe à son ascite une pleurésie droite, puis une pleurésie gauche. A l'autopsie, on trouve les poumons congestionnés, les lobes inférieurs des poumons unis au diaphragme par des adhérences.

Cette pleurésie ne fait-elle pas penser aux épanchements que l'on observe chez les cancéreux arrivés à la période de cachexie ?

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

La marche et la durée des tumeurs fibreuses de l'ovaire, même lorsqu'elles ne dégénèrent pas, est des plus variables.

Quelques-unes restent ignorées toute la vie et sont des découvertes d'autopsie; d'autres mènent à la mort en dix ou quinze ans. Comment y mènent-elles?

Avec tout le cortège qui accompagne le fibrome dégénéré, c'est-à-dire l'ascite, les œdèmes, l'amaigrissement, et en dernier lieu la cachexie.

La seule différence, c'est que l'évolution est plus lente.

Il nous est difficile de nous faire une idée exacte de la marche des fibromes dégénérés en sarcomes. Les observations en sont rares; et souvent, pour ne pas dire toujours, les malades ont été perdues de vue après l'opération. Il est permis de croire que leur guérison fut complète, car la dégénérescence sarcomateuse était tout à fait à son début.

Mais si la malade tarde à venir consulter, si elle laisse le fibrome devenir sarcome, la marche de la tumeur prend

quelquefois une rapidité effrayante, et il suffit de quelques mois pour voir s'établir l'ascite, les œdèmes, la cachexie.

C'est ainsi que la malade de M. Jayle succomba trois mois après l'intervention.

Du reste, comment préjuger de l'évolution de ces tumeurs quand nous savons que la marche des sarcomes eux-mêmes est extrêmement variable ? N'a-t-on pas signalé des cas où un sarcome resté latent pendant cinq, dix, et même douze ans, se mettait à évoluer avec une rapidité effrayante ?

Nous ne pouvons donc savoir ni quand un fibrome dégénère, ni combien de temps sépare le début de cette dégénérescence de l'issue fatale. Il nous suffit de savoir qu'il arrivera un moment où il évoluera comme le pire sarcome.

Le pronostic doit donc toujours être extrêmement réservé, si l'on a un soupçon quelconque sur la nature histologique maligne de la tumeur. Même lorsqu'il s'agit d'un fibrome où tous les symptômes concordent pour rassurer sur la bénignité, il faut être réservé, car on ne sait jamais comment peut finir un fibrome de l'ovaire.

DIAGNOSTIC

Il doit comporter deux points :

1° La tumeur est-elle une tumeur solide de l'ovaire ?

2° Est-elle suspecte de malignité ?

Nous n'avons pas l'intention de développer longuement le diagnostic différentiel des fibromes de l'ovaire. La question a été traitée avec trop de compétence pour que nous osions nous y aventurer, nous signalerons cependant les quelques erreurs qu'il est souvent difficile d'éviter.

L'aménorrhée qui accompagne quelquefois le début de la tumeur, jointe à l'augmentation de volume du ventre, a pu faire penser à une grossesse. L'erreur ne pourra durer longtemps. L'abondance initiale de l'ascite a pu faire également penser à une affection hépatique (Obs. I), mais la ponction faite, on découvre la tumeur.

Mais le gros diagnostic est à faire avec le fibrome pédiculé de l'utérus et le fibrome du ligament large.

Les métrorragies, rares dans les fibromes utérins pédiculés et les fibromes du ligament large, le sont également dans la tumeur ovarienne. La mobilité s'observe dans les deux cas, mais l'état général est plus fréquemment atteint dans les fibromes de l'ovaire. L'ascite, par contre, est un signe de grande valeur. Elle n'existe pas dans les fibromes utérins.

Dans les cas douteux où l'ascite sera absente, où l'état général sera resté bon, l'hystérométrie est appelée à rendre de grands services, en montrant que lorsque la tumeur appartient à l'ovaire, la cavité utérine conserve des dimensions normales. Mais une erreur est possible lorsque l'utérus est attiré en haut par la tumeur ovarienne, et est allongé, de ce fait, de plusieurs centimètres. M. Picqué, dans les cas douteux, attache une grande importance à l'augmentation progressive et rapide de la tumeur :

« Ce symptôme, écrit-il, est réellement caractéristique, surtout si on observe la malade à une période voisine de la ménopause. Il existe dans toutes les variétés de tumeurs ovariennes solides, y compris le fibrome » (1).

Un kyste de l'ovaire peut être confondu avec une tumeur fibreuse, surtout lorsque celle-ci, creusée de kystes, donne une sensation de mollesse, de pseudo-fluctuation.

Cette erreur ne se produira pas, quand la tumeur solide sera franchement bosselée, comme cela arrive dans la majorité des cas.

Le cancer se distingue par son évolution rapide, sa cachexie précoce, son ascite hématique.

(1) Picqué. *Semaine gynécologique*, 1896.

Quant au fibrome et au sarcome, ils ont bien des points communs.

« Le fibrome, écrit Dartigues (1), se découvre fortuitement, se caractérise par sa plus longue période de latence, par l'absence d'ascite au début et, en tout cas, la moindre fréquence de celle-ci dans le cours de l'évolution complète. L'on sait que certains auteurs, Léopold, Olshausen, Cornil, etc., sont catégoriques à ce sujet : Jamais l'ascite n'accompagne le fibrome de l'ovaire ; c'est pour eux un signe pathognomonique. Le fibrome est une tumeur indolente. Avec lui, on ne constate pas le ballonnement abdominal, car l'ascite paraît nécessaire pour donner ce signe... La consistance du fibrome est très dure, uniformément ligneuse. Il a peut-être souvent une configuration extérieure lisse plutôt que bosselée. La lobulation du fibrome est à tort considérée par certains comme un signe pathognomonique. Sa mobilité et son indépendance de l'utérus sont plus fréquentes et plus accusées, du moins à une phase pas trop avancée, que dans les tumeurs malignes. Les complications sont les mêmes que celles des néoplasmes de même nature, mais on n'a jamais observé la généralisation, les métastases ganglionnaires ou viscérales, ni les accidents secondaires, mais terminaux, de la thrombose cachectique avec embolie, de la pleurésie, de la péricardite, etc. En somme, ce qui mérite le plus d'être retenu, c'est l'intégrité presque parfaite longtemps de l'état général, c'est le peu de réaction qu'il détermine et la lenteur de son évolution. La santé n'est nullement altérée ; le

(1) Dartigues. *Loco citato*.

visage conserve son teint habituel, les forces sont conservées et il n'y a pas d'amaigrissement notable. » Etudiant ensuite le sarcome, Dartigues écrit encore : « Dans le sarcome, la phase de latence est plus abrégée, l'ascite est plus ordinaire et peut surtout s'observer de plus bonne heure ; sa constance n'est pas caractéristique, elle peut manquer totalement. Le début peut être marqué par un amaigrissement, non très prononcé, mais précoce et lentement progressif.

« La consistance du sarcome n'est peut-être pas aussi ferme que celle du fibrome, on n'a pas la sensation de lignosité. Sa surface extérieure est plus souvent bosselée et irrégulière, non lisse, comme le veulent quelques auteurs qui voient dans ce signe une valeur de premier ordre.

« La généralisation, les métastases et la récurrence sont cependant rares. De plus, l'augmentation progressive, et surtout par à-coups, ainsi que la bilatéralité de la tumeur, sont en faveur du sarcome. Beaucoup plus rarement que dans le fibrome, la menstruation reste régulière et normale. La suppression des règles s'observe dans le quart des cas. La disparition de la mobilité et l'enclavement sont des phénomènes plus hâtifs ; mais les troubles de compression vasculaire ou viscérale, ainsi que l'atteinte de l'état général, tout en se manifestant plus précocement que dans le fibrome, sont encore des phénomènes assez tardifs. »

S'il est difficile de distinguer un fibrome d'un sarcome, à plus forte raison est-il difficile de distinguer un fibrome vrai d'un fibrome sarcomateux.

Nous ne reprendrons pas ici la discussion des symptômes, mais nous répéterons : que l'ascite, moins rare que ne le dit Dartigues dans le fibrome de l'ovaire, et souvent précoce, n'a aucune valeur comme signe différentiel ;

Que les phénomènes menstruels n'ont pas plus de valeur ;

Que les œdèmes se rencontrent dans les tumeurs bénignes, dans les tumeurs malignes et dans les tumeurs en voie de le devenir ;

Que la forme extérieure n'a pas plus d'importance, mais que nous croyons, à l'inverse de Dartigues, que le fibrome est plus souvent bosselé et irrégulier que le sarcome ;

Qu'enfin, les adhérences, l'immobilité de la tumeur existent dans toutes les tumeurs solides de l'ovaire et qu'il n'y faut point voir un signe de dégénérescence maligne.

Peut-être pourrait-on penser que l'augmentation brusque et progressive d'une tumeur que l'on avait vue stationnaire pendant des mois ou des années, doit attirer l'attention du côté de la dégénérescence sarcomateuse.

TRAITEMENT

En face de toute tumeur solide de l'ovaire, quelle qu'elle soit, qu'elle ait des allures bénignes ou des allures suspectes, il n'y a qu'une conduite à tenir : opérer.

La laparotomie et l'hystérectomie vaginale se partageaient autrefois les suffrages. Il semble qu'aujourd'hui la voie haute a obtenu gain de cause.

Le pronostic de l'opération varie avec les différents cas. Les renseignements nous manquent en ce qui concerne les suites opératoires de la plupart de nos malades. Cependant l'observation VII nous rapporte que M. Picqué revit sa malade au bout de quatre mois. Elle était en excellent état. La malade de l'observation IV, opérée dans des conditions semble-t-il assez favorables, fut moins heureuse.

Enfin la malade de l'observation VIII succomba également à une récive que l'envahissement de la tumeur avait rendu fatale.

C'est donc précocément qu'il faut opérer. Il ne faut pas attendre que le fibrome ait *jeté son masque*, car on ne sait jamais quand il le jette.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (douteuse).

Lallemand (*Thèse*, Paris, 1897.)

Mme M..., âgée de 49 ans, entrée le 27 mars 1896 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le docteur Quénu.

Antécédents sans intérêt. Fièvre typhoïde à 10 ans; pas d'autres maladies jusqu'à la ménopause. Réglée à 11 ans; a toujours eu une menstruation régulière, non douloureuse; jamais de leucorrhée, ni de métrorragies. Deux grossesses à 21 et à 26 ans, sans incidents; ménopause à 44 ans.

Peu après la ménopause, le ventre de la malade se mit à grossir insensiblement et progressivement, sans douleurs, sans période d'arrêt ou de régression.

Simplement gênée, la malade continua à vaquer à ses occupations. Il y a un an environ, elle ressentit des douleurs au périnée (début de prolapsus utérin) et des troubles de la miction, qui deviennent fréquents, avec sensation de cuisson; les urines restent claires.

Amaigrissement notable depuis un an, avec intégrité des appareils digestifs, respiratoire et cardiaque.

Il y a six mois, la tuméfaction abdominale était devenue considérable, l'utérus sortait par la vulve, les troubles urinaires s'accroissaient.

La marche devint impossible, et la malade se mit au lit.

L'abdomen augmentait toujours, il survint de la dyspnée.

Son médecin, qui pensait à une affection hépatique, fit une ponction et retira 17 litres d'un liquide que la malade comparait à de la bière. La dyspnée disparut ; l'état resta stationnaire quelque temps.

Quelques semaines après, l'abdomen grossit de nouveau ; la malade n'éprouve aucune douleur ; mais effrayée par l'accroissement continuel de son ventre, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Examen de la malade. — L'état général est satisfaisant ; le facies est un peu amaigri, de coloration normale.

Rien aux poumons, au cœur, à l'appareil digestif. Appétit conservé. Urines normales.

L'abdomen est distendu par une ascite considérable, que l'on reconnaît aux signes classiques. La paroi abdominale, qui présente des vergetures au niveau des fosses iliaques et une circulation veineuse développée, est atteinte d'un œdème considérable à sa partie inférieure, au-dessus du pubis.

Par une palpation profonde, par pression brusque sur la paroi, on arrive sur une tumeur intra-abdominale très dure, mais dont les limites sont impossibles à déterminer. Ce mode d'exploration fournit un véritable ballottement, analogue à celui d'une grosse tête fœtale, mobile dans l'abdomen.

En outre, prolapsus complet de l'utérus qui pend de 10 centimètres environ hors de la vulve ; il est facilement réductible ; l'utérus semble indépendant de la tumeur abdominale.

La malade étant laissée au repos, l'ascite augmente cependant les jours suivants et la dyspnée se présente de nouveau.

Le 14 avril, ponction qui donne issue à 8 litres d'un liquide jaune citron, très mousseux, sans flocons ni grumeaux.

L'exploration de la tumeur est alors facile.

De forme arrondie, elle remplit le petit bassin et s'élève dans l'abdomen jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic ; latéralement, elle laisse libre les flancs.

Consistance dure ; sa surface présente plusieurs bosselures.

Quelques frottements péritonéaux.

Cette tumeur jouit d'une mobilité parfaite dans tous les sens. Elle est peu sensible à une pression forte. Par le toucher vaginal, le prolapsus réduit, on trouve les culs-de-sac libres ; mais à droite et en arrière de l'utérus, on arrive jusque sur la tumeur. Les mouvements imprimés à la tumeur se transmettent nettement à l'utérus. En faisant descendre la tumeur vers le petit bassin, l'utérus descend aussi. Il semble même que lorsque l'utérus descend et sort par la vulve, il entraîne la tumeur après lui. Le diagnostic porté par M. Quénu, en raison de l'ascite fut : tumeur de l'ovaire pédiculée.

Le diagnostic de la variété anatomique fut réservé, car si l'état général cadrait bien avec celui de tumeur bénigne, l'œdème de la paroi semblait indiquer plutôt une tumeur maligne.

En deux jours après la ponction, le liquide ascitique se reproduisit en assez grande abondance.

Opération le 16 avril.

Laparotomie. Ecoulement immédiat de liquide ascitique. La tumeur, grosse comme une tête d'adulte, occupe l'ovaire droit et est reliée au ligament large et à la trompe par un pédicule court et étroit. La surface de la tumeur, bosselée, irrégulière, est tout à fait comparable à celle d'un fibrome utérin ; elle ne présente aucune adhérence aux organes voisins, sauf à l'épiploon. Cette adhérence étant libérée, la tumeur est attirée au dehors et un clamp est posé sur son pédicule et sur la trompe, que l'on enlève avec la tumeur. Ligature à la soie du pédicule et du segment utérin de la trompe. Ligature de sûreté réunissant les deux premières.

Attouchement au thermo des surfaces de section. On évacue le liquide ascitique.

Le péritoine est rouge et vascularisé. L'utérus porte un petit corps fibreux qui est laissé en place. Suture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires très simples. Le 26 avril, on enlève les fils. La réunion est parfaite.

L'ascite ne s'est pas reproduite.

Examen de la pièce : La tumeur est une masse arrondie d'un volume un peu inférieur à celui d'une tête d'adulte. Elle mesure 24 centimètres de longueur sur 23 de largeur et 10 d'épaisseur. Elle n'est pas régulièrement arrondie, mais présente quelques bosselures. Sa couleur est blanchâtre, nacrée par places, avec de nombreuses arborisations vasculaires et, par places, de petites extravasations sanguines tout à fait superficielles. On ne voit pas trace d'adhérences rompues ; un seul point est entamé, c'est le pédicule de la tumeur. Il est composé de deux feuillets membraniformes, absolument analogues au ligament large, contenant du tissu cellulaire lâche et quelques vaisseaux artériels et veineux de très petit calibre. La tumeur n'existe pas dans le pédicule ; elle se termine nettement au-dessus de lui.

La consistance est uniformément dure et élastique, analogue à celle des fibromes utérins ; aucun point ramolli, aucune partie kystique. Son poids est de 1.650 grammes.

À la section, le tissu crie sous le couteau. La surface de section est blanche, nacrée par places, rosée en d'autres points. Elle est irrégulière ; on y constate des tractus blanchâtres très réfringents, très nombreux, se ramifiant à l'infini, s'anastomosant avec les ramifications semblables des tractus voisins. Ces faisceaux sont allongés ; en deux endroits seulement ils forment de petits tourbillons. Vers la partie supérieure de la tranche de section, à 1 centimètre de la surface, se trouve un petit kyste de la grosseur d'une noisette. Son contenu est un liquide muqueux et filant, légèrement teinté de sang. Le tissu qui l'entoure est dur et fibreux.

En somme, macroscopiquement, la tumeur est absolument analogue aux fibromes de l'utérus.

Examen histologique : On a prélevé, en deux points différents, de petits morceaux de la tumeur. L'un, en plein tissu, l'autre au niveau du petit kyste, de façon à intéresser sa paroi. Ces fragments ont été fixés par la liqueur de Flemming pen-

dant vingt-quatre heures ; ils ont été lavés à l'eau, déshydratés et montés à la paraffine. Les coupes, en série, ont été colorées à la thionine.

En examinant les coupes du premier morceau, à un grossissement moyen, le tissu apparaît formé de cellules conjonctives plates, enroulées autour d'un centre commun qui est souvent représenté par un vaisseau. A un fort grossissement les éléments constituant cette tumeur sont des cellules conjonctives plates, dont le noyau est très fortement coloré par le réactif et affecte une forme triangulaire ou dentelée, ou encore ovale.

Le protoplasma des cellules prend mal les substances colorantes, si bien qu'il ressemble à une substance hyaline.

Les vaisseaux sont peu nombreux. La plupart consistent en capillaires possédant un endothélium et sont entourés de cellules conjonctives se continuant avec les cellules du tissu voisin. Les plus gros vaisseaux sont pourvus d'une paroi musculaire. *La plupart des vaisseaux sont le centre d'îlots embryonnaires* dont les cellules se différencient peu à peu jusqu'à atteindre les types de cellules conjonctives. Le protoplasma de ces cellules périvasculaires est plus coloré.

En d'autres points de la préparation les noyaux s'allongent, les éléments cellulaires ont tendance à s'arranger en faisceaux orientés et à présenter des ondulations caractéristiques.

En d'autres points encore, les cellules conjonctives deviennent plus rares et sont interposées entre des fibres conjonctives.

Sur les coupes provenant du morceau pris au niveau du kyste, on trouve une grande quantité de cellules en pleine dégénérescence graisseuse, occupant une grande partie de la préparation, et se continuant par des cellules embryonnaires avec un tissu conjonctif jeune, analogue au précédent.

OBSERVATION II (douteuse).

Cullingworth. (Transact Society obst, London, 1879-80.)

Chez une femme de 36 ans, admise le 11 mars 1879 à l'hôpital Sainte-Marie, à Manchester, on trouve deux tumeurs solides, bosselées, dans le bassin ; l'une occupe le côté droit et s'étend un peu vers la gauche, arrivant près de l'utérus et remontant un peu dans la cavité abdominale, assez mobile. L'autre est plus grosse, elle est placée derrière l'utérus et remplit le cul-de-sac de Douglas. Les deux tumeurs communiquent en partie leurs mouvements à l'utérus et lui sont reliées chacune par un pédicule. Pas d'adhérences, pas d'ascite. Etat général bon.

La malade a constaté l'apparition d'une tumeur abdominale, il y a cinq ans, après la naissance de son cinquième enfant.

Au moment de son admission à l'hôpital, elle a une métrorragie abondante qui dure jusqu'au milieu de juin, c'est-à-dire près de trois mois. Puis les menstrues redeviennent régulières. Mais la malade décline rapidement, une ascite abondante apparaît, puis une pleurésie gauche, puis une pleurésie double.

Le 10 septembre, dyspnée intense et mort dans le collapsus. Autopsie.

La cavité pleurale gauche est pleine de liquide et le poumon est fortement congestionné. A droite, le lobe inférieur est uni au diaphragme par des adhérences récentes. Tout le poumon est congestionné, œdémateux. Dans la cavité abdominale, on trouve une grande quantité de liquide. Le péritoine est épaissi. Chaque ovaire est transformé en une tumeur solide, reliée à l'utérus par un ligament large. Pas d'adhérences. La tumeur de droite présente un kyste séreux entouré d'une capsule. Les tumeurs sont fermes et bosselées ; leur surface est lisse. Il n'y a pas trace de tissu ovarien.

A la coupe, le tissu ne crie pas sous le scalpel : la surface de section est ferme, dure, homogène et présente plusieurs petits orifices, ouverture de petits kystes à contenu séreux. De nombreuses bandes, partant de la capsule fibreuse, divisent la tumeur en lobes, présentant en plusieurs endroits une disposition concentrique.

Au microscope la tumeur est formée de fibres fines, avec des éléments cellulaires et des kystes microscopiques. Les éléments cellulaires, disposés en travées verticales ou transversales ou en cercles concentriques ont le caractère d'éléments conjonctifs. Des rangées de ces cellules forment des espaces remplis de masses de cellules rondes, munies d'un noyau arrondi ou ovale et séparées par peu de substance intercellulaire. Les fibres se disposent encore en une sorte de membrane limitante, non recouverte d'endothélium entourée de vastes espaces qui ne renferment qu'un contenu liquide.

La tumeur est un fibrome (?) Les kystes sont dus sans doute à la dégénérescence kystique de la tumeur primitive.

OBSERVATION III (douteuse).

Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie.

Paris, 1881. (Docteur Nicaise.)

Femme, âgée de 54 ans, journalière, réglée à 14 ans.

Règles abondantes, régulières, mais parfois douloureuses ; elles ont cessé à 46 ans, il y a huit ans. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a vingt-cinq ans.

En 1868, elle s'aperçut par hasard qu'elle portait dans le ventre une tumeur dure, mobile, du volume d'une pomme, située à peu près au-dessus du pubis et ne déterminant pas de douleurs. Jusqu'en 1879 elle ne s'inquiéta pas de sa tumeur qui paraissait même avoir disparu.

Il y a deux ans, la malade éprouva quelques coliques et retrouva sa tumeur plus volumineuse qu'autrefois, mais celle-ci ne la gênait nullement et lui permit de travailler jusqu'en janvier 1881.

A partir de ce moment, la malade ressentit dans le ventre des douleurs très fortes, allant quelquefois jusqu'à amener la perte de connaissance ; elle s'affaiblit, maigrit, cependant elle travailla encore un peu jusqu'en mars 1881. A partir de ce moment la malade ressentit dans le ventre des douleurs très fortes, allant quelquefois jusqu'à amener la perte de connaissance.

Elle s'affaiblit, maigrit, cependant elle travailla encore un peu jusqu'en mars. Alors le ventre augmenta de volume, de l'œdème survint aux membres inférieurs, la marche fut impossible.

La malade entra à l'hôpital Laënnec dans le service de M. Legroux, remplacé alors par M. Homolle ; vers le 10 mai on lui fit une ponction qui évacua 15 litres de liquide citrin, transparent, fluide.

A la suite de cette ponction, elle eut des douleurs dans le ventre, des nausées, tellement que lorsque je la vis avec mon collègue, nous dûmes remettre à plus tard l'examen.

Au bout de quelques jours, les douleurs avaient disparu, l'ascite s'était en partie reproduite.

Nous pûmes constater l'existence d'une tumeur très dure, mobile, ballottant dans la cavité abdominale, dans le sens transversal et le sens vertical.

L'utérus était petit, mobile, le col sain ; la tumeur paraissait indépendante de lui. Mais il était difficile de dire s'il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire ou d'une tumeur fibreuse adhérente par un pédicule à la surface de l'utérus. Il y avait à remarquer le petit volume de l'utérus, l'absence de métrorragies et la ménopause remontant à huit ans.

Malgré l'état de faiblesse de la malade, je pensai qu'il y avait lieu d'intervenir et d'enlever cette tumeur mobile.

Le 8 juillet, je procédai à l'opération avec le concours de mes collègues, MM. Lucas-Championnière, Berger et Bouilly. Après avoir incisé la peau et l'aponévrose, de l'ombilic au pubis, je fis une ouverture au péritoine pour laisser écouler le liquide de l'ascite, puis j'agrandis l'incision faite au péritoine.

La tumeur sortit assez facilement par l'ouverture pratiquée, c'était une tumeur de l'ovaire gauche. Le pédicule était long, aplati, large de deux doigts ; je passai à sa partie moyenne un fort cordonnet de soie de Chine plié en deux, et je fis deux nœuds, en entrecroisant les fils suivant le précepte de M. Terrier. Le pédicule fut abandonné dans le ventre ; puis je plaça sur la paroi abdominale onze points de suture, avec des fils d'argent.

Pansement de Lister. La malade n'eut pas de fièvre, la température ne dépassa pas 38° 5 ; quelques douleurs dans le ventre le soir de l'opération.

Le 10, l'état est excellent ; la malade commence à manger.

Le 11, j'enlève la moitié des points de suture ; les autres sont enlevés le 13, c'est-à-dire aujourd'hui.

La malade paraît en voie de guérison.

La tumeur, du poids de 1.200 grammes, présente quelques petits kystes situés près du pédicule ; mais la plus grande partie de la masse est constituée par une tumeur fibreuse, homogène, plus dure, présentant au centre ainsi qu'en certains points de sa surface un commencement de dégénérescence sarcomateuse.

D'après l'examen microscopique, ce serait un fibro-sarcome avec prédominance de l'élément fibreux.

OBSERVATION IV (douteuse)

M. le docteur Bouilly, chirurgien des hôpitaux. (Congrès français de chirurgie, 1897.)

Tumeurs solides des ovaires.

Il s'agit d'une malade opérée en juin 1897, et qui était atteinte

de deux tumeurs solides des ovaires, d'apparence fibromateuse, et histologiquement classées par M. Pichevin dans les fibro-sarcomes. Les conditions de guérison paraissaient excellentes ; il n'y avait pas trace d'ascite, l'ablation semblait aussi complète que possible. La guérison opératoire fut en effet facile. Mais deux mois après, le petit bassin était rempli de tumeurs récidivantes, et actuellement la malade est mourante, six mois à peine après l'intervention.

OBSERVATION V

Communication du professeur Dubar (*Thèse de Deligny, Lille, 1898.*)

H. D..., 42 ans, célibataire, entre à la Charité dans le service de M. le professeur Dubar, le 2 mars 1898, pour une tumeur abdominale. Le père est mort, il y a trois ans, d'affection cardiaque. La mère, âgée de 75 ans, est bien portante.

La malade a été réglée à 13 ans. Règles régulières jusqu'à 21 ans. A cette époque, rhumatisme articulaire aigu avec complications cardiaques. Dès lors les règles eurent lieu toutes les trois semaines.

Dès l'âge de 21 ans, la malade ressentit une sorte de pesantEUR dans le bas-ventre, puis celui-ci commença à grossir. L'augmentation de volume se fit d'une façon régulière, progressive. La malade s'apercevait que ses ceintures devenaient toujours trop petites. Elle éprouvait de la gêne, mais jamais de douleur. Elle s'étonnait de sentir dans son abdomen une masse dure comme du bois, disait-elle.

Ni varices, ni œdème des jambes.

Mais depuis deux ans, hémorroïdes qui depuis un an donnent beaucoup de sang. Constipation opiniâtre.

A l'examen, on trouve l'abdomen volumineux. Quelques varicelles. Pas de circulation collatérale. Pas d'ascite.

La percussion donne de la matité sur toute la hauteur et en avant. A la palpation, on délimite une tumeur volumineuse, remontant presque jusqu'à l'épigastre, à grand diamètre transversal. La tumeur est lisse, sans bosselures, de consistance ferme. On n'obtient pas de fluctuation.

Le toucher vaginal est difficile à cause de la résistance de l'hymen. Le col est très en arrière ; on peut lui imprimer quelques mouvements de latéralité.

L'utérus est porté en haut et en arrière. La tumeur descend dans le cul-de-sac antérieur et paraît se mouvoir avec l'utérus, mais le cathétérisme utérin montre que la cavité utérine a une profondeur normale et que l'utérus est dirigé en haut, en arrière et à droite. On pense à une tumeur solide du ligament large.

Opération, le 9 mars.

Le néoplasme ne présente pas d'adhérences. Il est réuni à l'utérus par un pédicule relativement peu développé, dans lequel on reconnaît la trompe un peu plus grosse que normalement.

Le néoplasme s'est développé aux dépens de l'ovaire gauche. On sectionne le pédicule entre deux clamps et la tumeur est enlevée. La cavité abdominale, maintenant béante, ne contient pas d'ascite, même en faible quantité. L'ovaire droit, plus volumineux qu'à l'état normal, paraît dégénéré ; on l'enlève.

Péritonisation. Sutures de la paroi.

La tumeur enlevée pesait 6 kgr. 300. Sa section montre un tissu fibreux, uniforme, sans géodes.

L'examen histologique a montré que la plus grande partie de la tumeur était constituée par du fibrome.

Cependant, en quelques points très restreints de la surface de la tumeur en voie d'accroissement, on rencontre des points où la prolifération est plus active. Ces points, d'ailleurs peu étendus, sont formés de fibres-cellules jeunes, analogues à celle que l'on rencontre dans les tumeurs fibro-plastiques.

La tumeur présentait donc à la surface quelques points d'apparence sarcomateuse.

Les suites opératoires furent simples. La malade sortait guérie le 6 avril.

OBSERVATION VI

Communication du docteur Potherat.

Observation recueillie par M. Leuret, interne (*Thèse* de Jouin).

Mme B..., 40 ans, 4, cité de la Roquette, Paris.

Entrée le 17 mai 1897.

Sortie le 24 juin 1897.

La malade se présente à l'hôpital avec une volumineuse tumeur abominale. Au palper on sent une tumeur dure bosselée, mobile, qui, par le toucher, offre tous les caractères d'un fibrome utérin.

Opération : Laparotomie médiane. Après ouverture du péritoine, écoulement d'un peu de liquide ascitique. On arrive sur la tumeur qu'on trouve nettement séparée et indépendante de l'utérus. Le pédicule très large de cette tumeur est lié par plusieurs fils enchevêtrés, puis on fait l'ablation de la masse fibreuse, on touche la section du pédicule au thermo-cautère et on suture la paroi abdominale.

Réunion par première intention, suites opératoires excellentes ; la malade guérit promptement sans aucune complication.

A l'examen de la tumeur, on reconnaît avoir affaire à un fibrome de l'ovaire ayant conservé ses caractères primitifs. La section de la masse fibreuse offrait dans l'intérieur plusieurs points à tendance sarcomateuse.

L'examen de l'utérus et de l'ovaire restés les avait fait reconnaître sains au cours de l'opération.

OBSERVATION VII

Bourgoin. (*Thèse*, Paris, 1894.)

G. S..., journalière, entrée le 11 septembre 1893.

Antécédents personnels : Réglée à 16 ans, régulièrement. Règles d'une durée de trois jours, peu abondantes. Un peu de leucorrhée.

Un enfant, il y a douze ans. Grossesse et accouchement normaux. Depuis deux ans la malade éprouve des troubles de la miction qui ne peut se faire qu'en plusieurs fois. Depuis la même époque, il lui semble que son ventre augmenté de volume. Les règles ont toujours été régulières comme époque d'apparition, comme quantité et comme durée, sauf pendant une période qui s'est écoulée du mois de janvier 1893 au 6 mai de la même année. Pendant ce temps, les règles surviennent tous les quinze jours, sans présenter de troubles de quantité ni de durée.

Depuis le 16 mai, l'époque d'apparition des menstrues se régularise.

Vers le 10 août, le docteur Picqué voit la malade à sa consultation et porte le diagnostic de tumeur non adhérente.

Dernières règles le 7 septembre, même durée, même quantité que les autres.

Etat à l'entrée, le 11 septembre :

Abdomen peu volumineux, sans déformation à la vue. Le palper permet de reconnaître une grosse masse de consistance très ferme, fibreuse, occupant la fosse iliaque droite et remontant dans l'hypocondre jusqu'au voisinage du foie. Cette masse est située tout entière à droite de l'ombilic ; elle se continue en bas avec une masse de même consistance qui occupe toute l'excavation pelvienne, arrivant jusque sur les limites de la fosse iliaque gauche, et en haut, à quelques centimètres (3 à 4) de l'ombilic. On peut faire basculer la partie supérieure de

cette tumeur du côté gauche, ce qui indique l'absence d'adhérences et de connexion avec les organes voisins.

La surface n'est pas uniforme, mais présente de grosses saillies arrondies, accolées les unes aux autres. Toutes ces masses sont de même consistance et aucune n'est fluctuante.

Toucher vaginal : Le col utérin est situé en avant, tout à fait derrière la symphyse pubienne. Le corps de l'utérus ne peut être reconnu par le palper au milieu des nombreuses nodosités que présente la tumeur qui semble en être indépendante. Cul-de-sac antérieur libre.

Cul-de-sac postérieur rempli par plusieurs noyaux fibromateux, très durs, non mobiles.

Cul-de-sac droit rempli par une masse très dure que l'on peut soulever légèrement.

Cul-de-sac gauche également occupé par une grosse masse arrondie, mais moins mobile que la précédente.

Après examen, M. le docteur Picqué porte le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire droit.

Laparotomie le 26 septembre 1893 par M. le docteur Picqué.

Incision médiane dépassant l'ombilic et nécessitée par le volume de la tumeur.

Le péritoine ouvert, il sort un peu de liquide ascitique non diagnostiqué.

A cause des nombreuses adhérences qu'il faut rompre, on extrait avec quelque difficulté la tumeur solide qui est très volumineuse et formée de plusieurs masses agglomérées.

Quelques unes de celles-ci, logées au fond du cul de-sac postérieur et très adhérentes rendent l'énucléation difficile, la main ne pouvant aller les saisir, le petit bassin étant occupé par la majeure partie de la tumeur.

Une fois la masse énucléée, on voit que le pédicule, très petit, est formé par celui de l'ovaire droit correspondant.

Ligature du pédicule à la soie plate section, puis attouchement de la surface cruentée avec la solution phéniquée forte.

Drainage de Mickulicz plongeant au fond du cul-de-sac postérieur.

Suture de la paroi abdominale (au catgut) en trois plans superposés. Trois fils de soutien à la soie plate.

Suites opératoires normales.

Premier pansement le 28 septembre.

Dernier pansement le 9 octobre.

La malade est revue le 20 janvier 1894.

Elle jouit d'une excellente santé.

On ne constate rien d'anormal par le toucher abdominal ni par le toucher vaginal.

Examen histologique :

(Dû à M. Claude, interne des hôpitaux, contrôlé par M. Gombault).

Tumeur solide de l'ovaire.

Tumeur dure, homogène, présentant quelques cavités kystiques à contenu sanguinolent. Les coupes pratiquées en différents points permettent de constater que le tissu de la tumeur appartient à deux types anatomiques intimement fusionnés.

En effet, on observe sur certaines préparations des cellules très allongées, à noyau vivement coloré par les réactifs, en forme de bâtonnets.

Ces cellules constituent par leur réunion des bandes onduleuses plus ou moins larges et entrecroisées de façons variées. Dans l'intervalle de ces bandes, on voit la section d'autres travées coupées perpendiculairement, caractérisées par des noyaux arrondis, entourés d'un protoplasma très réduit. Ce sont des fibres musculaires lisses coupées sous des angles différents. Sur d'autres coupes, on voit surtout de larges faisceaux de fibrilles très flexueuses formant par place des tourbillons. Leurs noyaux sont très allongés, très aplatis, et très difficiles à voir. Ces fibrilles sont caractéristiques du tissu du fibrome.

Dans l'intervalle de ces paquets de fibrilles, on voit quelques éléments cellulaires arrondis ou irréguliers, oblongs, à noyaux ovoïdes. Ces cellules qui forment des

groupes assez nets par endroits ont l'aspect du sarcome. Les vaisseaux ont, dans ces points, l'apparence de lacunes creusées dans le tissu morbide sans parois propres.

Somme toute, sur certaines coupes, abondance d'éléments musculaires, sur d'autres, prédominance du tissu fibromateux. Ailleurs, mélange intime des deux variétés, myome et fibrome.

La tumeur serait donc un fibro-myome avec tendance probable à la transformation sarcomateuse sur certains points.

OBSERVATION VIII (inédite).

(Dûe à l'obligeance de M. le docteur Jayle).

A. B..., 51 ans, réglée à 12 ans et demi, très mal réglée ; les règles reviennent tous les mois à peu près jusqu'à 21 ans, les pertes sont assez abondantes pendant 7 à 8 jours ; à partir de 21 ans, les règles reviennent tous les 15 jours à 3 semaines et même un mois. Cet état dure jusqu'à l'année dernière.

Pas d'enfant. La malade est mariée depuis deux ans seulement.

Vers l'âge de 36 ans, la malade a commencé à ressentir des douleurs dans le ventre qui a augmenté progressivement de volume. Dans les cinq dernières années, l'augmentation du ventre a été considérable. Depuis dix-huit mois, il existe des phénomènes graves de compression abdominale : la malade ne peut plus s'alimenter, les selles deviennent impossibles, les mictions surviennent toutes les trois ou quatre minutes.

Dans les premiers jours de juillet 1905 est apparu l'œdème des jambes.

Etat actuel. — La malade est dans un état cachectique très prononcé et ne peut plus quitter la chambre. Elle est très émaciée, dans un état de faiblesse extrême, la partie supérieure du corps, tête, bras, thorax, est squelettique ; toute la partie inférieure, ventre et membres inférieurs, est au contraire distendue et œdématiée. Il en résulte un contraste très curieux. La malade souffre continuellement et ne peut plus rester couchée ni sur le dos ni sur les flancs, parce qu'elle ressent aussitôt de violentes douleurs dans les reins. Elle ne peut davantage se tenir debout et la seule position qu'elle puisse garder quelque temps est la position assise.

Examen du ventre. — Le ventre est distendu à la fois par de l'ascite occupant tout le pelvis et une grande partie de l'ab-

domen. Dans la position debout la mensuration du ventre donne les résultats suivants : circonférence au niveau de l'ombilic 1 m. 14, diamètre antéro-postérieur au niveau de l'ombilic 0 m. 35, au niveau du mamelon 21 centimètres, au-dessus 19 centimètres et demi ; distance d'une épine iliaque à l'autre en passant par l'ombilic 0 m. 69, distance de l'appendice xyphoïde au pubis 0 m. 56, distance de l'appendice xyphoïde à l'ombilic 0 m. 31.

Dans la position couchée les résultats sont à peu près semblables, circonférence au niveau de l'ombilic 1 m. 12, circonférence de l'appendice xyphoïde au pubis 0 m. 55, distance de l'appendice xyphoïde à l'ombilic 0 m. 28.

L'ombilic est légèrement saillant, comme il arrive dans les cas d'ascite ; à la palpation, on constate à droite l'existence d'une grosse tumeur du volume d'une tête fœtale et à gauche une énorme masse dont on ne peut bien délimiter les contours à cause de l'ascite, mais dont on sent bien nettement un lobe du volume d'une mandarine à gauche et un peu au-dessus de l'ombilic.

Le toucher vaginal permet de constater que le pelvis est entièrement rempli par la tumeur.

Examen des viscères. — Il n'existe aucune lésion du cœur ni du péricarde, ni des poumons, ni des plèvres. Le pouls oscille entre 80 et 90.

Les reins fonctionnent mal, le malade urine à peine, 300 à 400 grammes par vingt-quatre heures, l'urine est très épaisse, mais il n'y a ni sucre, ni albumine.

L'estomac et l'intestin ne fonctionnent pour ainsi dire pas, étant donné que la malade n'absorbe presque rien, mais il n'y a pas de vomissements ni de diarrhée. Poids de la malade 54 kgr. 500.

La température est le matin assez basse, 37 à 37°2, et le soir atteint environ 38°5.

Diagnostic. — Tumeur maligne de l'ovaire avec ascite.

Première ponction. — 18 août 1905, on fait une ponction

qui permet de retirer 6 litres d'un liquide hémorrhagique un peu poisseux, en même temps on a pris une goutte de sang pour l'examen.

Examen du sang et du liquide ascitique pratiqué par M. Bender.

1° *Sang.* — Numération :

Globules rouges... 3.230.000

Globules blancs... 43.600

L'examen de la formule leucocytaire montre une augmentation du nombre des polynucléaires neutrophiles.

Le résultat de l'examen du sang montrant une anémie marquée et une leucocytose assez considérable doit faire songer à une tumeur maligne.

2° *Liquide ascitique.* — C'est un liquide essentiellement hémorrhagique. Sur des préparations faites après centrifugation le champ du microscope est occupé à peu près exclusivement par des globules rouges étroitement tassés les uns contre les autres. On trouve aussi un assez grand nombre de leucocytes. Par places, on rencontre des éléments cellulaires beaucoup plus volumineux avec un corps protoplasmique granuleux et un noyau coloré fortement; ces éléments paraissent être des cellules épithéliales desquamées.

Si l'on prend en considération les faits suivants : à savoir que :

1° La formule sanguine est une formule de tumeur maligne ;

2° Le liquide ascitique contient des éléments qui paraissent être de nature épithéliale.

3° De toutes les tumeurs abdominales s'accompagnant d'ascite hémorrhagique, l'épithélioma de l'ovaire est la plus fréquente.

On est autorisé à conclure qu'il s'agit très vraisemblablement d'une tumeur ovarienne maligne. L'examen du liquide ascitique ne permet pas de dire s'il y a ou non des métastases péritonéales. Lorsque les métastases existent, les cellules en

suspension dans le liquide ascitique sont généralement plus nombreuses et mieux conservées que dans le cas actuel. Mais ce n'est pas là un signe de valeur absolue, et je ne me hasarde pas à en tirer une conclusion.

Suites de la ponction. — Au cours de la ponction la malade est tombée dans un état syncopal assez grave pour craindre l'issue de cette petite intervention. A ce moment toute opération fut regardée comme absolument impossible. L'examen de l'abdomen pratiqué après la ponction permit de reconnaître que le ventre était occupé par une énorme tumeur de consistance un peu molasse, siégeant particulièrement à gauche, de forme irrégulièrement lobulée, remontant jusqu'au rebord costal. A droite et vers le pelvis, on sentait une autre tumeur de consistance plus dure et qu'au toucher vaginal on crut dépendante de l'utérus.

On fit alors le diagnostic de fibrome de l'utérus développé à droite et tumeur maligne de l'ovaire gauche.

Les suites de cette ponction furent les suivantes :

Au point de vue du pouls, on releva les chiffres suivants : 120 le 19 août, 106 le 21, 120 le 23, 25 et 26, 108 le 29, en un mot la ponction fut suivie d'une accélération légère du pouls.

La température monta un peu et oscilla tantôt entre 38 le matin et 39 à 39,4 le soir pendant cinq jours, puis elle baissa et oscilla entre 37,5 et 38,8 pendant quatre jours, pour atteindre finalement le 31 août 37,3 le matin et 38,2 le soir.

Grâce à la décompression produite par la ponction, on put commencer à alimenter légèrement la malade avec du lait, du jus de viande, de la viande hachée, etc., on put aussi la faire boire et faciliter ainsi la fonction rénale, la malade put alors aussi prendre quelques heures de repos la nuit ; ainsi à force de soins on remonta légèrement son état général.

Deuxième ponction. — Le 1^{er} septembre le liquide s'étant un peu reproduit, on fait une seconde ponction qui permet de retirer encore 2 litres de liquide de même nature.

Le matin de la ponction le pouls était de 112, cette seconde

ponction ne détermina pas les mêmes accidents syncopaux que la première et fut bien supportée. Le poulx tomba aux environs de 95, la température oscilla entre 37,2, 37,4 le matin et 38,4 ; 38,8, 37,8 le soir.

L'amélioration très légère mais nette donnée par le traitement pré-opératoire, le bon fonctionnement du cœur, des reins et des poumons, l'examen histologique du liquide ascitique venant confirmer l'examen clinique au point de vue de la probabilité de l'absence de généralisation péritonéale néoplasique, la demande de la malade et de son entourage firent décider l'intervention, malgré l'état cachectique, le volume de la tumeur et son caractère de malignité presque certain.

Laparotomie. — Pour éviter la durée de la chloroformisation, la malade est endormie sur la table d'opération.

Incision du pubis à l'appendice xyphoïde, la paroi qui est surdistendue et très mince s'échappe dès l'incision sur les côtés ; le péritoine est de suite ouvert et s'échappe à son tour, si bien qu'une énorme masse constituée par la tumeur s'énuclee en quelque sorte du ventre en même temps que du liquide ascitique sort en assez grande abondance (on en recueille environ 3 litres).

On a la sensation très nette qu'il serait impossible de refermer le ventre et qu'il faut dès lors enlever la tumeur au prix de n'importe quel délabrement.

Très rapidement on voit qu'il ne s'agit pas d'une tumeur fibreuse de l'utérus à droite et d'une tumeur de l'ovaire à gauche, mais bien d'une seule et même tumeur formée par deux parties principales, l'une dure inférieure et droite, l'autre molle, supérieure et gauche.

Le côlon transverse est repoussé en haut par la tumeur, et le grand épiploon à sa face antérieure. On pose des clamps au ras du côlon, et on détache ainsi l'épiploon avec la tumeur. On la fait alors basculer en avant et en bas, découvrant ainsi un gros lobe postérieur qui tient au méso-côlon transverse ; on désinsère ce dernier et rompant progressivement toutes les

adhérences de haut en bas, on arrive à pédiculiser la masse au niveau de son insertion inférieure sur le ligament large gauche, on l'enlève.

La malade est très faible et on sent qu'elle ne peut supporter sans gros dangers une intervention plus prolongée.

Bien que l'utérus contienne deux ou trois petits fibromes du volume d'une noix qu'il y aurait certainement avantage à enlever avec les annexes droites qui sont d'ailleurs saines, on se décide à terminer au plus tôt.

On fait donc toutes les ligatures convenables et on referme le plus rapidement possible le ventre après avoir mis un drain intra-abdominal.

L'intervention a duré 45 minutes et la malade n'a absorbé que 20 grammes de chloroforme. On a l'impression que toute la masse néoplasique a été enlevée, mais que, à la partie supérieure et à gauche du ventre au niveau de l'insertion de l'épiploon, il n'est pas certain qu'il n'y ait pas là quelques traînées cancéreuses qu'il était matériellement impossible d'enlever sans risquer une résection intestinale, par conséquent une intervention plus prolongée et que n'aurait certes pas supporté la malade.

Comme l'avaient fait pressentir l'examen clinique et l'examen du liquide ascitique, il n'y avait pas de tumeur secondaire sur la séreuse péritonéale.

Suites opératoires. — Les suites opératoires furent simples. Le pouls, qui était de 105 le matin de l'opération, fut de 108 le soir.

Le deuxième jour, de 118 le matin et de 104 le soir ;

Le troisième jour, de 104 le matin et de 100 le soir ;

Le quatrième jour, de 90 le matin et de 94 le soir ;

Le cinquième jour, de 92 le matin et de 100 le soir, et 94 le soir et ainsi de suite.

La température monta à 39°2 le soir de l'intervention pour retomber à 38°4 matin et soir ; le deuxième jour à 38°1 le matin et 37°6 le soir, le troisième jour ; puis elle resta au-dessous de 38.

L'état général se remonta assez rapidement et après quelques

petits incidents secondaires la température tomba à 37° le matin et 37°5 le soir, au bout d'un mois.

La malade se leva et put rentrer chez elle le 4 octobre 1905, en assez bon état.

Pendant trois mois la malade alla bien; puis elle commença à se plaindre de douleurs à la partie supérieure du ventre et à gauche, il se produit là une nouvelle induration, l'ascite reparut et progressivement l'amélioration obtenue par l'intervention disparut.

Finalement la malade succomba dans la cachexie quatre mois plus tard, soit environ huit mois l'opération.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée est de volume considérable. Elle pèse 9 kilogrammes. Elle se compose de deux parties très nettes, l'une inférieure, dure, bosselée, blanchâtre, présentant tous les caractères extérieurs du fibrome; l'autre, supérieure, molle, friable, rougeâtre, présentant l'aspect du sarcome en voie de ramollissement. Certains lobes sont plus ramollis et semblent devoir être creusés de cavités kystiques. On découvre la trompe sur la partie inférieure, fibromateuse.

Une coupe transversale, passant par la zone la plus ramollie, montre qu'il ne s'agit pas là de cavité kystique. Quelques-unes de ces cavités sont cependant trouvées dans la partie supérieure sarcomateuse. Elles sont remplies d'un liquide sanguinolent. Vu les dimensions de la tumeur, elles sont plutôt rares. Toute cette partie supérieure est à la coupe molle, friable et rougeâtre. La partie inférieure au contraire est dure, blanche, brillante. Le tissu crie sous le scalpel. On reconnaît sans peine qu'il s'agit d'un fibrome.

La coupe montre que les deux parties sont intimement unies et que le tissu sarcomateux pousse des prolongements dans le tissu fibromateux.

Quatre morceaux sont prélevés pour l'examen histologique: L'un en plein fibrome, l'autre en plein sarcome le troisième au niveau de la zone de transition, le quatrième au niveau d'une cavité kystique.

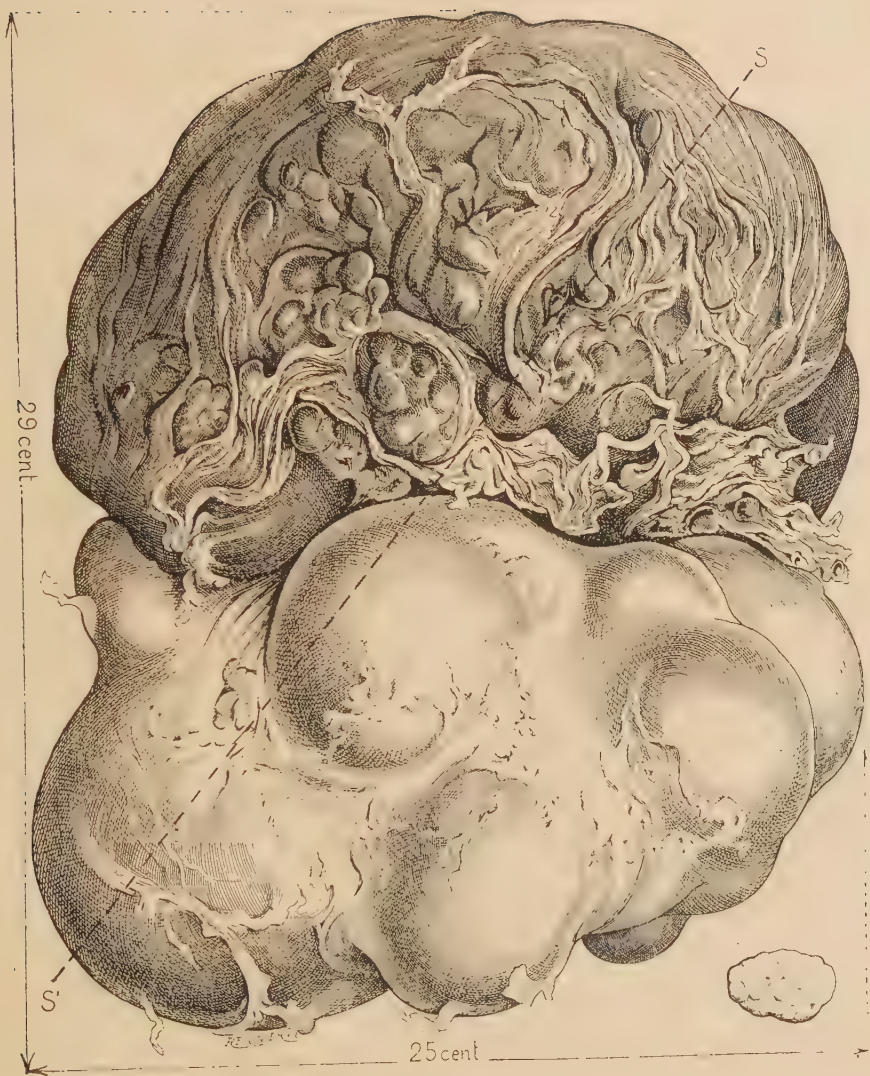


PLANCHE I
Vue antérieure



PLANCHE II
Vue postérieure

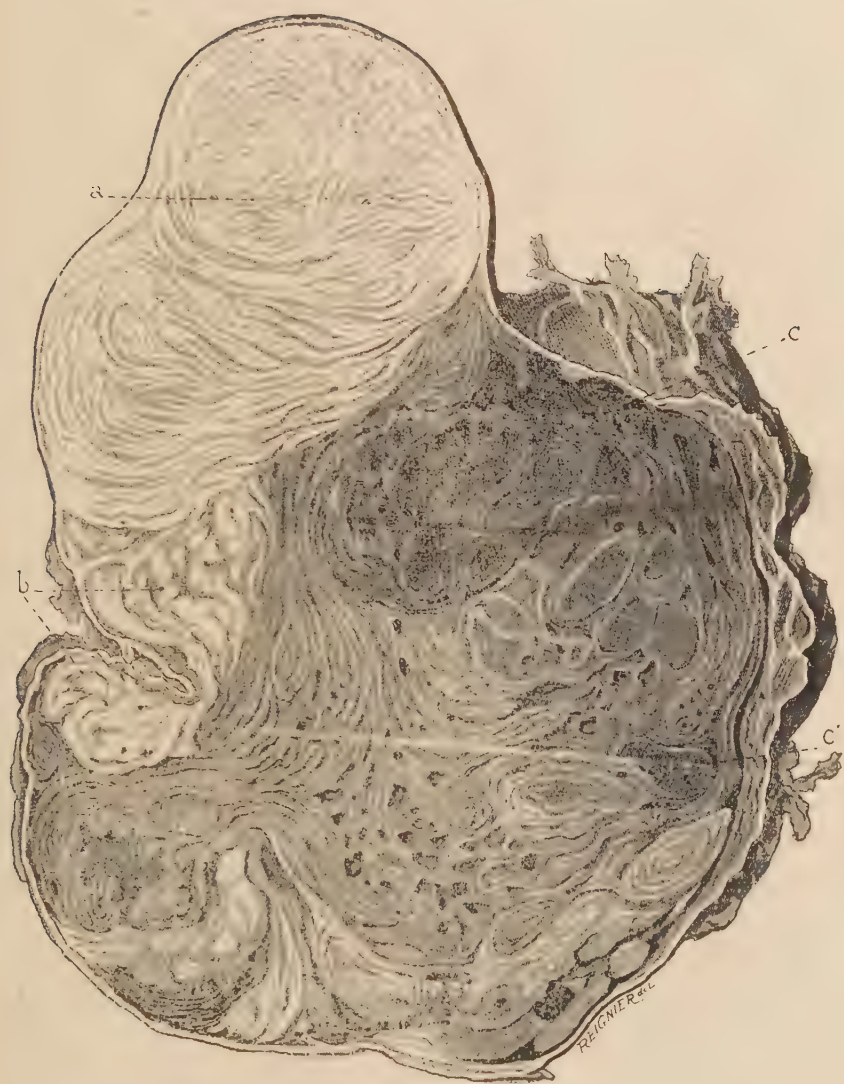


PLANCHE III
Coupe médiane.

a, Fibrome pur ; *b*, Sarcome ; *c c'* Cavités hystiques.

NOTE MICROSCOPIQUE DUE A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
LETULLE

(Laboratoire de l'hôpital Boucicaut).

La portion de la tumeur considérée à l'œil nu comme fibromateuse apparaît sur les coupes macroscopiques constituée par d'épais trousseaux de fibrilles conjonctives, denses, serrées, habituellement parallèles.

Dans l'intervalle des tractus fibreux, onduleux, ainsi formés, s'intercalent de nombreux éléments cellulaires constitués par un noyau fusiforme mince, régulier et entouré d'une très légère quantité de protoplasma à peine coloré par l'éosine. Ce protoplasma envoie des prolongements peu étendus, mais suffisamment caractéristiques pour permettre d'établir la nature connective normale de ces cellules rameuses, logées dans les espaces interfibrillaires.

Les vaisseaux qui parcourent ce tissu fibromateux sont rares et peu volumineux. Un petit nombre d'entre eux possède quelques fibres musculaires. La lumière de ces vaisseaux est toujours étroite. De place en place, on trouve encore quelques placards scléreux plus denses, vivement colorés en rose par l'éosine et très pauvres en éléments cellulaires. Les cellules plasmatiques encore reconnaissables dans les interstices du tissu fibroïde se montrent avec un noyau effilé très aminci, de moins en moins colorable. Ces placards scléreux sont rares et semblent surtout accumulés à la surface de la tumeur.

Les coupes portant sur un second fragment pris dans la tumeur d'aspect sarcomateux donnent les renseignements suivants :

L'aspect des tissus est absolument différent de celui décrit à propos de la portion fibromateuse. Ici, presque toute trace de fibrome a disparu. C'est à peine s'il reste, de place en place, quelques larges placards de tissu scléreux ayant un aspect stellaire et comme perdus au milieu d'une masse tumorale essentiellement constituée par un tissu sarcomateux.

Ce tissu sarcomateux se compose d'innombrables tourbillons de cellules fusiformes, généralement peu volumineuses et munies d'un noyau ovalaire ou irrégulièrement cylindroïde. Le protoplasma de ces cellules est assez abondant et se prolonge aux deux extrémités du noyau sous forme de pointe, donnant à la cellule un aspect fusiforme des plus caractéristiques : Il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire dans lequel les figures de division directe ou indirecte des noyaux sont des plus rares. Quelques cellules cependant possèdent plusieurs gros noyaux logés dans la même masse protoplasmique.

Les vaisseaux sillonnant ce tissu de nouvelle formation sont de deux ordres : Les plus nombreux consistent en vaisseaux capillaires de nouvelle formation, uniquement constitués par une double série parallèle d'éléments cellulaires fusiformes, identiques à peu près aux cellules fusiformes sarcomateuses qui les entourent. Les autres, plus larges, sont des sortes de veinules pouvant contenir sur une coupe transversale 10 à 12 globules rouges par exemple, et dont les parois, mal constituées, consistent en une couche endothéliale bien reconnaissable et une couche de tissu conjonctif d'apparence sarcomateuse. Dans les régions où les placards fibreux persistent encore, il est curieux de voir les éléments sarcomateux s'infiltrer peu à peu dans les espaces interfibrillaires, qu'ils distendent progressivement. Cette disposition donne à la plaque scléreuse son aspect stellaire précédemment décrit, lorsque la coupe passe perpendiculairement à l'axe du tissu de la colonne

fibreuse. Sur les coupes longitudinales des placards fibreux l'aspect est moins caractéristique, les cellules sarcomateuses se couchant en général parallèlement à l'axe des travées fibreuses dont elles atténuent l'éclat et modifient la structure en se fusionnant avec les cellules plasmatiques proprement dites.

En quelques points, la tumeur sarcomateuse commence à présenter des signes de dégénérescence caséuse. Au pourtour de la masse tumorale et dans les grands cloisonnements qui la divisent encore, on découvre de gros vaisseaux sanguins veineux, gorgés de globules rouges et de leucocytes polynucléaires.

Sur un troisième fragment prélevé dans la masse tumorale, on rencontre de gros vaisseaux sanguins gorgés de globules rouges et manifestement surdistendus ; les parois de ces veines ont, sur un grand nombre de points, cédé à l'envahissement tumoral.

Quelques artères également peuvent être reconnues et étudiées. Leur couche musculaire est en voie de dégénérescence vacuolaire et laisse passer largement la lumière au niveau des pertes de substance caractéristiques. Ces quelques artères, vues sur les coupes, sont d'ailleurs situées au voisinage d'îlots de dégénérescence nécrobiotique qui vont se réunir et former plus loin de larges placards de mortification caséuse.

En ces points, les cellules sarcomateuses perdent peu à peu leur forme et leur couleur caractéristiques et se colorent d'un rose terne par l'éosine.

Les noyaux cadavérisés demeurent encore quelque temps reconnaissables, bien que colorés en rose. Enfin, dans un dernier stade, la lésion nécrobiotique se complète comme on le verra dans le quatrième fragment soumis à notre étude.

Ici, la grande majorité de la masse tumorale est en voie de mortification caséuse avancée. De vastes îlots colorés en rose jaunâtre sale découpent les énormes champs de tissu sarcoma-

teux. Tous les noyaux ou presque tous les noyaux cellulaires sont transformés en petits blocs jaune orangé ou jaune gris sale, dont la plupart demeurent encore longtemps individualisés.

Sur d'autres points la mortification caséuse a frappé également les travées conjonctives ou scléreuses qui formaient comme le squelette de la masse tumorale. C'est à peine si quelques rares fébrilles connectives sont encore indiquées par un dessin linéaire onduleux et vague au milieu de la masse caséuse. En même temps, tous ou presque tous les noyaux des éléments cellulaires se sont fondus dans le bloc jaune orangé enkysté qui caractérise l'expression ultime de la mortification du sarcome.

Il faut noter que ces îlots nécrobiotiques coupent largement la tumeur sans qu'il soit possible de leur reconnaître une ordination ou une genèse quelconque.

Des observations précédemment citées, nous rapprochons la suivante, où il s'agit d'un fibro-myome pur :

OBSERVATION IX

Terrier. (*Progrès médical*, 1888).

F. L..., âgée de 77 ans, entrée le 25 janvier 1888, service de M. le docteur Terrier.

Antécédents héréditaires. Pas de renseignements.

Antécédents personnels. La malade a été réglée à 18 ans. Les règles ont toujours été régulières, de durée moyenne. Elle a eu un enfant à 24 ans, ménopause à 48 ans, sans phénomènes spéciaux. Pas de maladies graves.

Début. Au mois de juillet 1887, elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume. L'abdomen a commencé à grossir du côté droit, elle sentait alors quelque chose de dur de ce

côté. Quelques mois après, elle eut un peu d'œdème des jambes qui disparut rapidement. Le ventre continua à grossir peu à peu. La malade entre alors à l'hôpital. Pas d'élançements douloureux dans les jambes, pas de troubles du côté du rectum ou de la vessie, sauf une légère fréquence dans les mictions.

Etat actuel (12 février 1888). Cette femme est presque impotente, par suite de l'âge et surtout de la tumeur abdominale qu'elle présente, *C'est à peine si elle peut s'asseoir sur son lit et garder cette position pendant quelques instants. Elle ne peut marcher. Elle est assez amaigrie, le début de cet amaigrissement ayant presque coïncidé avec le début de la maladie ; elle ajoute même qu'elle s'est aperçue de cette diminution des forces, de cet amaigrissement avant de constater qu'elle avait une petite tumeur dans le flanc droit.* Elle tousse un peu, surtout la nuit. La respiration est notablement gênée et assez fréquente. Les mictions ne sont pas douloureuses. Pas d'incontinence d'urines. Pas d'albumine ni de sucre.

L'appétit est diminué, mais il n'y a pas de troubles digestifs notables. Pas de constipation ni de diarrhée. Pas d'accidents péritonéaux. Pas de poussée fébrile.

Inspection. Le ventre est très volumineux, élargi dans les flancs, un peu asymétrique, plus saillant du côté droit. La paroi abdominale, malgré le volume de la tumeur, n'est pas très tendue et est assez facilement dépressible, si bien que la palpation permet de se rendre compte d'une façon assez précise des parties situées en arrière d'elles. La cicatrice ombilicale n'est pas déformée. Pas de veinules sous-cutanées, pas de vergetures. La peau est sèche.

Mensuration. Circonférence à l'ombilic, 1 m. 07.

A la palpation, on reconnaît que la tumeur occupe principalement la partie droite du ventre, *mais qu'elle semble flotter dans une couche liquide.* Elle est dure, assez mobile. On a très nettement la sensation de ballottement. A une palpation plus délicate, on note sur cette tumeur l'existence de deux

parties plus saillantes tranchant sur le reste de la masse et situées immédiatement au contact de la paroi abdominale sans interposition de liquide. Ces deux parties régulièrement arrondies, du volume du poing, sont situées, l'une à la moitié de la distance entre l'ombilic et le pubis, sur la ligne médiane, l'autre à droite, à quelques centimètres en dehors de l'ombilic et sur une ligne horizontale qui passerait par la cicatrice ombilicale.

Ascite abondante. — On a très nettement la sensation de flot à la percussion... Matité absolue dans les flancs des deux côtés et dans toute la partie inférieure du ventre.

Il y a un œdème mou, notable dans le membre inférieur droit ; il commence aux malléoles et va jusqu'à la cuisse. La main avec l'avant-bras, la partie droite du thorax au voisinage du sein sont aussi œdématisées ; c'est surtout sur le dos de la main que l'œdème est plus marqué.

Au toucher vaginal. — L'utérus paraît petit et atrophié, assez mobile. La grosse tumeur est complètement indépendante de l'utérus. Le col est petit ; son orifice a des lèvres irrégulières.

Rien dans les culs-de-sac du vagin.

On pose le diagnostic de *tumeur solide de l'ovaire droit avec ascite.*

Laparotomie le 14 février 1888 par M. Terrier, aidé de MM. Quénu et Terrier.

A l'ouverture du ventre, *il s'écoule en grande abondance du liquide ascitique jaune rougeâtre.*

On voit qu'on a affaire à une grosse tumeur de l'ovaire droit...

Suites opératoires simples. La malade guérit.

Examen de la pièce (fait par M. le docteur Poupinel) *macroscopiquement.* — La tumeur est constituée par une énorme masse, du volume d'une tête d'adulte, pesant 3 kgr. 850 de forme régulière, à surface lisse, ayant contracté des adhérences en haut avec l'épiploon, en bas et en arrière avec l'intestin et

relié au petit bassin par un mince pédicule étalé. Ce pédicule comprend le ligament large et la trompe qui portent tous deux de nombreux petits kystes transparents.

A la surface de la tumeur, presque pédiculée sur elle, existe une masse blanchâtre, ovoïde et dure, du volume d'un gros œuf de poule, présentant à la coupe l'aspect des fibromes utérins.

La coloration de la tumeur est variable, blanc jaunâtre en certains points, brun rouge, violacé en d'autres. Sa consistance est aussi assez inégale ; presque partout dure, la tumeur est fluctuante en certains points... La section de la tumeur la fait reconnaître pour une tumeur solide, de couleur blanc jaunâtre, de consistance fibreuse, lardacée, sauf en certains points où la couleur est rouge brunâtre et où la tumeur est absolument infiltrée de sang.

Description histologique. — La tumeur est un fibrome présentant de nombreux points de dégénérescence graisseuse plus ou moins avancée, et d'autres littéralement gorgés de sang. Dans la masse ovoïde, annexée à la tumeur principale, il n'existe pas trace de tissu ovarien normal. La transformation fibreuse est donc complète.

Cette observation nous montre que tous les symptômes : ascite, œdème, etc., que l'on avait longtemps considérés comme particuliers aux tumeurs malignes de l'ovaire, peuvent aussi se rencontrer dans le fibro-myome de l'ovaire. Ainsi se trouve confirmé ce que nous avons dit : que la clinique ne peut établir d'une façon péremptoire la nature maligne d'une tumeur solide de l'ovaire, au moins lorsque celle-ci a évolué pendant un certain temps avec des allures bénignes.

L'examen microscopique de l'ascite lui-même ne donne pas toujours les résultats attendus.

L'ascite hématique est presque toujours symptomatique d'un cancer : mais le sang peut être fourni par la rupture de vaisseaux néoformés dans les fausses membranes d'une péritonite chronique non spécifique. Les cellules en suspension, qui dans l'occurrence doivent être des cellules sarcomateuses, dépendent de la propagation du processus sarcomateux au péritoine : c'est-à-dire qu'on ne les trouve qu'à une période très avancée de la maladie.

D'autre part, les cellules épithéliales peuvent simplement provenir de la paroi interne de kystes ovariens rompus.

L'examen cytologique du sang peut fournir des renseignements plus précoces. L'élévation durable du chiffre des globules blancs, lorsque rien d'autre ne l'explique, doit faire songer à la possibilité d'une dégénérescence sarcomateuse.

CONCLUSIONS

1° Le fibrome de l'ovaire peut subir la dégénérescence sarcomateuse.

2° Aucun signe clinique, même l'ascite, n'est caractéristique du début de cette dégénérescence maligne.

3° Le pronostic de cette dégénérescence, quand elle est nettement accentuée, est des plus graves.

4° La clinique, ne permettant pas de faire le diagnostic précoce de cette dégénérescence maligne, toute tumeur solide de l'ovaire, quelle que soit sa nature histologique, doit être enlevée.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
POZZI.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- APOLANT. — *Thèse*, 1885, Greifswald. Ein Beitrag zur vorkommen der soliden Tumoren des Ovariums.
- BÉGOUIN. — *Semaine gynécologique*, 1904.
- BENDER et HEITZ. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1903.
- BOURGOIN. — *Thèse*, Paris, 1894.
- BOUCHARD. — Pathologie générale, t. IV.
- CODET BOISSE. — *Thèse*, Bordeaux, 1903.
- CORNIL. — *Journal des Connaissances médicales*, 1903.
- CORNIL et RANVIER. — *Traité d'histologie pathologique*.
- CALLINGWARTH. — *Transactions Society obstetrics*, London, 1879.
- DARTIGUES. — Etude sur les tumeurs solides de l'ovaire. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1899, n° 4, août, n° 5, octobre, n° 6, décembre.
- DELIGNY. — *Thèse*, Lille, 1899.
- DUBAR. — *Bulletin médical du Nord*, 1893.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, I.
- GUELLIOT. — *Presse médicale*, 28 février 1906.
- JOIN. — *Thèse*, Paris, 1896.
- LALLEMAND. — *Thèse*, Paris, 1897.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*, I.
- NICAISE. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1881.
- PICQUÉ. — Des tumeurs solides de l'ovaire. *Semaine gynécologique*, 1896.
- PHOCAS. — *Nord Médical*, 1903.

POZZI. — Traité de gynécologie, 4^e édition.

PUECH. — Tumeurs solides de l'ovaire. *Gazette des Hôpitaux*, 1905.

SECOND. — Traité de chirurgie. Duplay et Reclus, t. VIII.

SPIEGELBERG. — Fibrom des Eierstockes von enormer grosse. *Monatschrift Geburtsch*, Berlin, 1886.

TERRIHAFF. — *Journal de médecine et de chirurgie de Bruxelles*, 1905.

TERRIER. — *Progrès médical*, 1888.

